

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA SPIRITUALITÉ ET SON LIEN AVEC LA SANTÉ : POINT DE VUE DES
PERSONNES ÂGÉES SELON UNE PERSPECTIVE INTERACTIONNISTE
ET UNE APPROCHE INTERCULTURELLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

AU DOCTORAT INTERDISCIPLINAIRE EN SANTÉ ET SOCIÉTÉ

PAR

AGNÈS FLORETTE NOUBICIER

JUIN 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Cette recherche doctorale vient éclairer un phénomène qui prend de l'ampleur dans la société. De plus, elle donne la parole à des acteurs souvent occultés dans la recherche scientifique et pourtant les mieux à même de s'exprimer sur leurs besoins en matière de santé : les personnes âgées.

Nous espérons que cette thèse favorisera la compréhension d'attitudes et de comportements différents au sein d'un groupe social qui ne dispose plus de beaucoup de temps, mais à qui l'on en accorde moins.

Il aurait été impossible de mener à terme ce travail de titan, n'eût été l'implication de plusieurs personnes envers qui je suis reconnaissante. Cependant, je ne pourrai pas toutes les nommer au risque de ne pas m'arrêter tant elles sont nombreuses.

Le mérite revient en premier à tous ces aînés qui ont accepté de se déplacer pour venir s'exprimer au milieu d'autres personnes qu'ils ne connaissaient pas forcément. Ils ont parfois bravé des conditions climatologiques difficiles, et se sont ouverts avec enthousiasme sur des dimensions intimes de leur vécu. Leur contribution est inestimable et très louable et mérite d'être reconnue. Sans leurs actions et leurs propos, cette thèse n'aurait pu être réalisée.

Je tiens à remercier les organismes qui ont fait une différence en collaborant pour le recrutement des participants. Je souligne l'implication des directrices du Centre des Femmes italiennes, de l'organisme communautaire 4Korners, de la communauté vietnamienne, et des Mamies immigrantes pour le développement et l'intégration.

J'adresse aussi mes remerciements à ma directrice de thèse, Michèle Charpentier qui avec son indéfectible soutien, m'a accompagnée avec patience durant plusieurs années. Elle m'a épaulée et m'a éclairée par ses conseils et ses suggestions constructives qui ont rehaussé ma détermination à poursuivre cette recherche jusqu'à la fin.

Ma gratitude est exprimée au Fonds québécois de recherche société et culture (FQRSC), à la Fondation de l'UQAM, à la Chaire de recherche sur le vieillissement et la diversité citoyenne, et à l'Institut santé et société, qui m'ont octroyé des bourses très précieuses durant le temps de « vaches maigres » qui a traversé ce voyage doctoral.

Plus personnellement, j'aimerais me tourner vers celui en qui je crois et dont le seul terme merci ne saurait contenir ma reconnaissance. « Toi qui es la chance de ma vie, la part qui me revient [...]. Tu tiens ma vie entre tes mains, c'est un sort qui m'enchanté, un privilège qui me ravit ! » Ps. 16:5-6.

Mes chers enfants Herval, Hosanne, Johann, Philia et mon bébé Kérane qui plus d'une fois m'a demandé si ça serait bientôt terminé, merci pour vos encouragements et pour l'admiration que vous me vouez, et qui « m'interdisait » d'abandonner. Vous avez été formidables surtout lors des grands tumultes : l'incendie à la maison et la brûlure de mon doigt au deuxième degré, mes trois chirurgies et les nombreuses maladies par lesquelles je suis passée.

Merci à tous mes frères et sœurs en Christ de l'Église évangélique baptiste de Côte-des-Neiges, à Miriam Boillat et Jean St-Louis en particulier qui m'ont encouragée durant mes déprimés et soutenue avec patience. Merci à Jean pour ses petites taquineries.

Et à toi mon homme, l'amour de ma vie, Roland : « une chance que j't'ai ... » !!

DÉDICACE

À mon mari, Roland Yatchou,
un homme exceptionnel qui m'a soutenue
au-delà de mes attentes.

À ma mère,
« Femme noire, femme africaine ...
Femme simple, femme de la résignation,
Ô toi ma mère, je pense à toi ! »

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	xi
RÉSUMÉ	xiii
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I ÉTAT DES CONNAISSANCES	9
1.1 Vieillessement et spiritualité.....	10
1.1.1 Les personnes âgées et la spiritualité	10
1.1.2 Le vieillissement et la transcendance	14
1.2 Spiritualité et santé	21
1.2.1 Les effets positifs de la spiritualité sur la santé.....	22
1.2.2 Les effets négatifs de la spiritualité sur la santé	32
1.2.3 La spiritualité dans les institutions de santé et les services sociaux.....	37
1.3 Vieillessement, spiritualité et santé en contexte multiethnique	45
1.4 Synthèse des connaissances et objectifs de recherche	51
CHAPITRE II ORIENTATIONS THÉORIQUE ET CONCEPTUELLE.....	57
2.1 Orientations théoriques	57
2.1.1 L'interactionnisme symbolique.....	57
2.1.2 L'approche interculturelle	62
2.2 Éléments conceptuels fondamentaux	64
2.2.1 La religion par rapport à la spiritualité	65
2.2.2 Les définitions de la spiritualité	67
2.2.3 Les dimensions opérationnelles de la spiritualité.....	74
2.2.4 La gérotranscendance ou gérontotranscendance	78

CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	81
3.1 Stratégie générale de la recherche.....	81
3.1.1 Une étude exploratoire de nature qualitative.....	81
3.1.2 La population à l'étude et l'échantillonnage	83
3.2 Processus de recherche.....	88
3.2.1 Le recrutement des sujets et l'échantillon final.....	88
3.2.2 La collecte des données.....	92
3.2.3 L'analyse des données.....	96
3.3 Considérations éthiques.....	99
3.3.1 L'éthique de la recherche	99
3.3.2 La position du chercheur	100
CHAPITRE IV PROFIL ET DYNAMIQUE DES GROUPES DE DISCUSSION.	103
4.1 Groupe des aînés congolais (C).....	104
4.1.1 Le profil du groupe.....	104
4.1.2 La dynamique du groupe.....	104
4.2 Groupe des aînés canadiens français (premier groupe : CF1).....	105
4.2.1 Le profil du groupe.....	105
4.2.2 La dynamique du groupe.....	106
4.3 Groupe des aînés canadiens français (deuxième groupe : CF2).....	106
4.3.1 Le profil du groupe.....	106
4.3.2 La dynamique du groupe.....	107
4.4 Groupe des aînés haïtiens (H)	107
4.4.1 Le profil du groupe.....	107
4.4.2 La dynamique du groupe.....	108
4.5 Groupe des aînés vietnamiens (V)	108
4.5.1 Le profil du groupe.....	108
4.5.2 La dynamique du groupe.....	109
4.6 Groupe des aînés grecs (G)	110
4.6.1 Le profil du groupe.....	110
4.6.2 La dynamique du groupe.....	110
4.7 Groupe des aînées italiennes (I)	111
4.7.1 Le profil du groupe.....	111
4.7.2 La dynamique du groupe.....	111

4.8	Groupe des aînés canadiens-anglais (CA).....	112
4.8.1	Le profil du groupe.....	112
4.8.2	La dynamique du groupe.....	112
CHAPITRE V RÉSULTATS DE LA RECHERCHE		115
5.1	Sens donnés au vieillissement et à la santé	116
5.1.1	Une conception biomédicale d'un vieillissement tributaire de l'autonomie.....	117
5.1.2	Une acceptation sereine du vieillissement malgré tout, et de nouvelles perspectives de vie	122
5.1.3	Une représentation diversifiée et multidimensionnelle de la santé sous le prisme de l'autonomie	129
5.2	Sens donnés à la spiritualité	146
5.2.1	Une quête de sens et une énergie qui procure la paix intérieure	149
5.2.2	Un état d'être qui modèle l'agir dans le rapport aux autres	154
5.2.3	Une relation avec un être suprême ou plus grand que soi	161
5.3	Points de vue des personnes âgées sur le lien entre la spiritualité et la santé.....	166
5.3.1	Les effets bénéfiques de la spiritualité sur la santé	168
5.3.2	Quand la spiritualité nuit à la santé	181
5.3.3	L'inexistence d'un lien spiritualité-santé	187
5.3.4	La spiritualité dans l'offre de service de santé qui leur est adressée.....	190
CHAPITRE VI DISCUSSION		201
6.1	Pertinence de la posture interactionniste.....	203
6.1.1	L'importance des interactions et la place accordée aux acteurs.....	204
6.1.2	Le « rendre compte » : les points de vue des aînés	206
6.1.3	Le « tenir compte » : les facteurs ayant influencé les aînés	209
6.1.4	L'apport de l'approche interculturelle.....	219
6.2	Analyse critique des résultats : deux éléments en débat	222
6.2.1	La théorie de la gérotranscendance	222
6.2.2	La place de la spiritualité dans l'offre de services en santé	225
6.3	Limites et perspectives futures de la recherche.....	232
6.3.1	Les limites de la recherche	232
6.3.2	Les avenues de recherche	235

6.3.3 Les pistes d'intervention	236
CONCLUSION.....	239
ANNEXE A FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	243
ANNEXE B INFORMATION FORM AND CONSENT	249
ANNEXE C RECRUTEMENT DE PARTICIPANTS DE 65 ANS ET PLUS.....	255
ANNEXE D CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS	257
ANNEXE E CANEVAS D'ENTREVUE.....	259
ANNEXE F INTERVIEW GUIDE	263
ANNEXE G CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE.....	267
BIBLIOGRAPHIE	269

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 3.1 Origine ethnoculturelle des 44 aînés.....	87
Tableau 3.1 Caractéristiques des personnes âgées de l'échantillon final (n=44)	91
Tableau D.2 Caractéristiques sociodémographiques détaillées des participants	257

RÉSUMÉ

Cette recherche doctorale, à la croisée du vieillissement, de la spiritualité et de la santé, s'intéresse à la spiritualité et à son lien avec la santé du point de vue de personnes âgées. Elle s'inscrit dans un contexte où il est de plus en plus en question de santé holistique dans le domaine médical et où le Québec, cadre de l'étude, connaît un vieillissement accéléré de sa population, caractérisée par une diversité sociale, multiculturelle et multireligieuse.

De nature exploratoire, cette recherche qualitative donne la parole à des acteurs souvent exclus des recherches. Quarante-quatre (44) personnes âgées, nées au Canada et ailleurs, ont participé à 8 groupes de discussion réunissant chacun 4 à 7 aînés originaires du même pays. Il s'agit d'hommes et de femmes âgés de 65 à 89 ans aux parcours de vie diversifiés en regard du statut matrimonial et socioprofessionnel, de l'origine ethnoculturelle (congolaise, italienne, vietnamienne, haïtienne, grecque, canadienne-anglaise et canadienne-française/québécoise), de la condition de santé et de l'appartenance ou non à un groupe spirituel ou religieux. L'analyse verticale et transversale des discours sous une perspective interactionniste adjointe à une approche interculturelle a pour objectif principal de comprendre le sens que ces personnes âgées donnent à la spiritualité et d'explorer le lien qu'elles font entre la spiritualité et la santé.

Les résultats révèlent que les répondants partagent une vision commune du vieillissement et de la santé. Pour eux, le vieillissement s'inscrit dans un continuum normal de la vie où les pertes sont inéluctables. Certains participants le mettent en lien avec une spiritualité accrue. S'agissant de la santé, elle réfère à un état de bien-être global qui concerne à la fois les dimensions physique, mentale, sociale et aussi spirituelle de l'humain. Tous reconnaissent qu'on peut être malade et se considérer en santé, et que l'autonomie (fonctionnelle et relationnelle) est ce qu'il y a de plus précieux. Quant à la spiritualité, elle renvoie à une quête de sens, à un état d'être et parfois à une relation avec un être suprême.

Ces éléments de sens, parfois complémentaires et parfois contradictoires, situent la spiritualité dans une relation à soi, aux autres et « à un plus grand que soi ». Par contre, le lien entre la spiritualité et la santé se discute à travers les conséquences positives et négatives que la spiritualité peut avoir sur la santé. Si pour plusieurs, la spiritualité peut

susciter un espoir de guérison et être un vecteur de résilience, les réserves sont nombreuses en ce qui a trait à la place de la spiritualité dans les soins et les services qui leur sont destinés.

Suivant ses postulats interactionnistes et interculturels, cette thèse doctorale permet de « rendre compte » des points de vue partagés, admis et contestés par des personnes âgées aux identités multiples et de « tenir compte » des influences exercées par leurs environnements. Y sont analysées et discutées, les influences liées au processus même de recherche (interactions au sein des groupes de discussion), au contexte séculier et laïc du Québec d'aujourd'hui croisé aux différents environnements historiques, sociaux, politiques, culturels et religieux dans lesquels ces aînés ont évolué.

Mots clés : spiritualité, personnes âgées, santé, interactionnisme symbolique, approche interculturelle

ABSTRACT

This doctoral research, at the crossroads of aging, spirituality and health, is interested in spirituality and its link with health from the point of view of the elderly. It is carried out in a context where it is more and more a question of holistic health in the medical field and where Quebec, the field of the study, is experiencing an accelerated aging of its population, characterized by social, multicultural and multi-religious diversity.

Exploratory in nature, this qualitative research gives voice to actors often excluded from research. Forty-four (44) seniors, born in Canada and elsewhere, participated in 8 focus groups, each bringing together 4 to 7 seniors from the same country. These are men and women aged 65 to 89 with diverse life paths with regard to marital and socio-professional status, ethnocultural origin (Congolese, Italian, Vietnamese, Haitian, Greek, English Canadian and French-Canadian / Quebec), health condition and whether or not you belong to a spiritual or religious group. The main objective of the vertical and transversal analysis of speeches from an interactionist perspective combined with an intercultural approach is to understand the meaning that these elderly people give to spirituality and to explore the link they make between spirituality and health.

The results reveal that the respondents share a common vision of aging and health. For them, aging is part of a normal continuum of life where losses are inevitable. Some participants link it to increased spirituality. With regard to health, it refers to a state of global well-being which concerns the physical, mental, social and also spiritual dimensions of the human being. Everyone recognizes that you can be sick and consider yourself to be healthy, and that autonomy (functional and relational) is the most precious thing. As for spirituality, it refers to a quest for meaning, a state of being and sometimes a relationship with a supreme being.

These elements of meaning, sometimes complementary and sometimes contradictory, situate spirituality in a relationship with oneself, with others and "with a greater than oneself". On the other hand, the link between spirituality and health is discussed through the positive and negative consequences that spirituality can have on health. If for many, spirituality can create hope for healing and be a vector of resilience, there

are many reservations regarding the place of spirituality in the care and services intended for them.

According to its interactionist and intercultural postulates, this doctoral thesis makes it possible to "give an account" of the points of view shared, accepted and contested by elderly people with multiple identities and to "take into account" the influences exerted by their environments. The influences linked to the research process (interactions within discussion groups), to the secular context of Quebec today crossed with the different historical, social, political, cultural and religious environments, in which these elders have evolved, are analyzed and discussed.

Keywords: Spirituality, Elderly, Health, Symbolic interactionism, Intercultural approach

INTRODUCTION

Le vieillissement accéléré de la population dans les pays occidentaux est un phénomène social dont l'importance n'est plus à démontrer, notamment pour le Québec qui se démarque par le caractère pluriethnique et multi religieux de sa population (Mossière et Meintel, 2010). À l'instar de la majorité des pays occidentaux, les progrès technologiques et les avancées scientifiques y ont généré une plus grande espérance de vie, et les enjeux démographiques sont tels qu'avec ce processus d'avancée en âge, des auteurs ont évoqué au plan socio sanitaire un « Armageddon gériatrique » (Williamson, 2002). Si ces qualificatifs ne font pas l'unanimité au sein de la société, il n'en demeure pas moins que ce boom gérontologique suscite des préoccupations, particulièrement dans un pays d'accueil où cohabitent diverses communautés culturelles et religieuses.

En effet, la longévité ne se fait pas toujours en santé, et des maladies chroniques apparaissent et se heurtent à la limite de la médecine traditionnelle pour les éradiquer (Simard, 2006). Les personnes âgées devenues plus vulnérables recourent à diverses stratégies pour faire face à la douleur et aux pertes. Elles s'adressent entre autres aux établissements de santé et de services sociaux dans le but d'y trouver une réponse à leurs besoins pour mener si ce n'est une vieillesse « réussie » (Rowe et Kahn, 1997) notamment sur le plan de la santé, du moins un vieillissement sans trop de souffrance. La spiritualité s'avère une alternative à laquelle les aînés semblent recourir de plus en plus pour composer avec la maladie, soulager les maux, et rechercher la guérison ou le bien-être (Monod-Zorzi et Rochat, 2009; Koenig, 2018). Cependant, le fait de se tourner vers la spiritualité des patients quand ils ont des problèmes de santé est une pratique moins visible, souvent ignorée, et même contestée dans la médecine

conventionnelle. En effet, dans les services de santé, l'aspect spirituel des expériences du vieillissement est largement occulté, suppléé par un discours où le curatif est promu, et la guérison considérée avant tout comme le résultat d'une activité médicale.

Pourtant, plusieurs écrits (Lacombe *et al.*, 2000; Gelfand *et al.*, 2001; Puchalsky, 2001; Koenig *et al.*, 2001, 2012, 2017) semblent démontrer que les croyances des personnes âgées ou leur spiritualité ont un impact positif sur leur santé, et peuvent permettre de contrer la maladie (Crowther *et al.*, 2002; Monod-Zorzi, 2016; Koenig, 2018), ou de la vivre différemment. Pour ces auteurs, ces croyances devraient être prises en considération dans la recherche de la guérison ou de la quiétude des patients. Malgré l'argument holistique d'actualité évoqué pour recommander la prise en compte de la spiritualité ou des besoins spirituels dans les soins prodigués aux individus en général (OMS, 1948), et aux personnes âgées en particulier, l'effectivité de l'acte est encore au ralenti. Cette lenteur se justifie par la difficulté et la complexité théorique et méthodologique à utiliser la spiritualité dans le domaine de la santé, comme évoqué par divers chercheurs (Cochrane, 2006; Pesut et Reimer-Kirkham, 2010), ou encore par l'environnement social réfractaire à tout ce qui se rapproche de la religion.

Au Québec en particulier, la relation entre la spiritualité et la santé est fortement teintée par le contexte historique, social et politique dont nous relevons quelques particularités. Pendant longtemps, c'est le clergé qui a occupé une place importante et centrale dans le domaine de la santé, de l'éducation, de la vie sociale et politique, jusqu'à la Révolution tranquille des années 1960. Plus tard, la société québécoise a connu une sécularisation accélérée et l'affirmation de la laïcité de l'État comme « valeur fondamentale de la société québécoise¹ » est reconnue. Le grand débat social sur les accommodements raisonnables (Bouchard et Taylor, 2008) a été houleux et

¹ Projet de loi no 60, Charte affirmant les valeurs de laïcité et de neutralité religieuse de l'État ainsi que d'égalité entre les femmes et les hommes et encadrant les demandes d'accommodement, p.14.

controversé. D'ailleurs, l'adoption récente sous bâillon de la Loi 21 sur la laïcité de l'État prouve que la question religieuse reste un défi de taille au Québec. Elle l'est aussi quand il s'agit de faire un lien entre la spiritualité et la santé, ou plus précisément le système de santé, dans un environnement quelque peu agité par la radicalisation, ce d'autant plus qu'elle s'amalgame avec le religieux.

Ainsi donc dans un Québec vieillissant, multiethnique, multi religieux et laïc, la question de la spiritualité en lien avec la santé est un enjeu politique, social et économique réel. Nous sommes consciente que les discussions abordant la religion ou toute forme de spiritualité suscitent beaucoup de passion et de tension. Cependant, nous ne pouvons pas ignorer qu'avec la forte croissance de la population vieillissante, les personnes âgées seront les principales bénéficiaires des soins de santé et des services sociaux futurs. Il convient de signaler que la population des personnes âgées de 65 ans et plus est passée au-dessus de celle des jeunes de 15 ans et moins (Statistiques Canada, 2015). Aussi pensons-nous qu'au-delà de la complexité susmentionnée, les personnes âgées représentent une ressource importante pour mener une réflexion sur le thème du lien entre le vieillissement, la spiritualité et la santé. Telle est la visée et la pertinence de cette recherche doctorale.

Dans la kyrielle de recherches qui se sont penchées sur la spiritualité et la santé, très peu d'études ont interrogé directement les personnes âgées sur ces questions. Quels sens les aînés donnent-ils à la spiritualité ? Quels liens font-ils entre la spiritualité et la santé, entre la spiritualité et leur santé ? La perception de la spiritualité et de son lien avec la santé varie-t-elle d'un groupe ethnique à un autre dans un environnement caractérisé par sa diversité sociale? Tels sont quelques-uns des questionnements qui sous-tendent notre thèse doctorale.

Dans un contexte de vieillissement pluriethnique et multireligieux de la population, nous nous intéressons aux sens que les personnes âgées donnent à la spiritualité, et aux

liens qu'elles font entre la spiritualité et la santé. Nous situant dans une approche préventive de la santé, nous nous intéressons aux personnes âgées qui ne demeurent pas dans une institution hospitalière et qui ne montrent pas un état de crise quelconque pour ce qui est de leur santé. La majorité des études ayant porté sur des personnes atteintes de maladies graves, notre recherche implique et concerne les personnes dont l'état de santé n'est pas encore délétère, soit la majorité. Notre but est de générer une réflexion en vue de discuter du recours à la spiritualité, non pas seulement comme un élément curatif ou de fin de vie, mais comme une avenue préventive si en dernière analyse elle est significative et peut être aidante.

Notre intérêt pour ce sujet s'inscrit dans la continuité des travaux de notre mémoire de maîtrise (Noubicier, 2012). Les résultats de la recherche exploratoire que nous avons menée sur les représentations du « bien vieillir » de femmes aînées immigrantes de l'Afrique Noire, avaient fait émerger que la foi est un élément essentiel pour elles afin de parvenir à un vieillissement réussi. Cette recherche avait également révélé que pour ces femmes aînées confrontées à des pertes diverses (incapacités physiques, deuils, diminution ou inexistence d'un réseau social, précarité financière, etc.), la croyance en une force divine peut être essentielle pour braver les épreuves de la vie. L'intérêt de savoir à quoi réfère cette force divine et comment elle participe au bien-être de ces femmes, nous a encouragée à investiguer davantage la question de la spiritualité au sein de la population âgée du Québec, notamment sa relation avec la santé. Aussi notre recherche doctorale porte-t-elle une attention particulière aux personnes âgées² canadiennes nées ici et ailleurs, hormis les nations autochtones. Elle les considère comme des acteurs pertinents dans la perception de la spiritualité et de son lien avec la santé, et s'ancre dans une épistémologie interactionniste et une approche interculturelle. Cette posture conduit à appréhender l'essence de notre travail à partir

² Nous utiliserons les termes « personnes âgées » ou « aînés » indifféremment et ce dernier sera considéré comme épïcène, de même que « groupe » au lieu de groupe de discussion.

des points de vue subjectifs des aînés, sachant que le vieillissement est pluriel et que les « parcours de vie et les expériences reliées à l'avancement en âge [...] se déclinent différemment selon de multiples facteurs personnels et sociaux » (Charpentier *et al.*, 2010 p. xxxi) dont entre autres l'appartenance ethnique. Nous considérons que leurs opinions se construisent dans un environnement laïc et séculier, dans lequel évoluent des peuples aux us, coutumes et religions diverses (Jobin, 2012).

En raison de l'histoire du Québec et des transformations sociales qu'il connaît depuis la Révolution tranquille, les discussions afférentes à la religion suscitent beaucoup de passion et de tension. Ceci est dû entre autres comme nous l'avons mentionné, à la laïcité de l'État, aux enjeux comme les accommodements raisonnables, et à l'émergence des terrorismes fondés sur l'appartenance religieuse.

Le caractère multidisciplinaire de notre recherche couvre entre autres les champs liés au vieillissement de la population, ou plus précisément à la gérontologie sociale, à l'ethnicité, et à l'évolution de la santé. Bien que de prime abord on puisse classer le thème de la spiritualité dans le domaine de la théologie, nous ne l'abordons pas sous cet angle, car notre attention porte sur la spiritualité en lien avec le vieillissement et la santé. Nous différencions la spiritualité d'avec le religieux traditionnel, marginalisé par la sécularisation manifeste dans les États occidentaux, notamment par la laïcisation des institutions publiques.

Ces divers contextes : démographiques, sociaux, sanitaires et scientifiques constituent les fondements de notre recherche, et justifient la pertinence de nos travaux de doctorat dans une perspective interdisciplinaire de santé et société.

Cette thèse s'articule autour de six chapitres.

Dans le premier chapitre, nous présentons la revue de littérature sur les recherches internationales et canadiennes portant sur le vieillissement en lien avec la spiritualité, la santé et l'ethnicité, et en dégageons les résultats pertinents pour nos travaux. S'en suivent les objectifs de la recherche et la pertinence scientifique et sociale de nos travaux.

Le deuxième chapitre aborde les orientations théoriques, analytiques et conceptuelles qui sous-tendent notre recherche. Elles s'articulent autour de l'interactionnisme symbolique et de l'approche interculturelle et précèdent les éléments conceptuels fondamentaux que nous avons retenus, autour du concept-clé de spiritualité.

Le troisième chapitre arbore la méthodologie utilisée pour atteindre nos objectifs de recherche, notamment la stratégie générale qualitative de la recherche, le processus de recherche et les considérations éthiques. Nous y relatons parallèlement les difficultés qui ont émergé dans le cadre de cette recherche.

Le quatrième chapitre est consacré à la présentation de chacun des huit groupes de discussion qui a été réalisé. Nous y décrivons succinctement le profil des participants et la dynamique qui a prévalu durant les entretiens.

Quant au cinquième chapitre, il met en lumière les principaux résultats de l'étude, en s'appuyant sur les analyses verticales et transversales réalisées. Plus précisément, il explicite le sens donné par les participants au vieillissement et à la santé, à la spiritualité, et le lien établi ou non entre la spiritualité et la santé.

Le sixième chapitre vient discuter cette thèse. Après avoir relevé la pertinence de la posture interactionniste adoptée, nous portons un regard critique sur certains des enjeux qui émanent des résultats obtenus. Ces derniers sont examinés à la lumière de la

recension des écrits développés dans la problématique et de la littérature savante afférente. Nous terminons par les limites de la recherche et les pistes de recherche et d'intervention suggérées par notre thèse de doctorat et qui nous semblent prometteuses.

CHAPITRE I ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce premier chapitre pose les jalons permettant de circonscrire notre thématique selon l'état de la littérature scientifique.

L'Internet ainsi que différentes bases de données nous ont servi d'appui pour la sélection des documents de lecture: Pubmed, Age line, Social Services Abstracts, ProQuest Dissertations and Theses, Francis and Taylor Online. Notre recherche s'est effectuée à partir des mots-clefs anglais suivants et leurs équivalents en français: aging, spirituality, religion, health, care, ethnicity, immigrants, religion and health, spirituality and aging, spirituality and health. Le nombre exponentiel d'articles surtout d'origine anglo-saxonne que nous avons recueillis, dénote l'importance que revêt le sujet dans la recherche scientifique actuelle. Nous nous sommes référée majoritairement aux articles publiés durant la dernière décennie, mais avons aussi pris en considération quelques-uns plus anciens quand leurs auteurs étaient à l'origine de certains courants de pensée.

Nous nous proposons d'examiner en premier les travaux qui mettent en lien le vieillissement et la spiritualité, et en deuxième ceux qui portent sur la spiritualité et la santé. Dans un contexte québécois vieillissant et marqué par sa diversité culturelle, ethnique et religieuse, nous explorons en troisième lieu les écrits de la littérature scientifique qui portent sur la spiritualité reliée à la santé et à l'ethnicité.

1.1 Vieillesse et spiritualité

Aborder une réalité aussi complexe que la spiritualité sans tenter de la circonscrire peut s'avérer périlleux dans une recherche comme la nôtre. Toutefois, nous ne nous attardons pas sur l'aspect définitionnel du concept dans cette première partie de la thèse. La définition ou plutôt les définitions qu'on lui accole et les terminologies auxquelles la spiritualité est souvent jumelée seront développées dans le chapitre deux relatif aux orientations théoriques et conceptuelles. Les frontières entre les termes religion, spiritualité, foi et croyances étant facilement perméables, ils seront inclus dans cette première partie de la thèse pour fin de recension des écrits, selon les auteurs qui les mentionnent. Mais nous réitérons que la spiritualité se distingue de la religion. Succinctement, la religion réfère aux traditions institutionnelles et règlements en lien avec des croyances auxquels des individus doivent se conformer au sein d'une communauté (Canda et Furman, 2010), tandis que la spiritualité, plus subjective et personnelle, se caractérise particulièrement par la quête personnelle du sacré (Holly et Pargament, 2014).

1.1.1 Les personnes âgées et la spiritualité

Quel rapport les personnes âgées entretiennent-elles avec la spiritualité? Dans la société contemporaine, il n'est pas rare de s'entendre dire spontanément que la spiritualité ou tout ce qui a trait à la religion est l'apanage des personnes vieillissantes ou âgées. Pour en avoir une idée, il nous a semblé judicieux de nous référer à ce qu'il en est concrètement sur le plan des statistiques. Il s'est avéré que l'imaginaire collectif amalgame comme nous l'avons relevé dans la section précédente, les termes spiritualité, religion, foi, croyances, et ce mélange se répercute sur les données statistiques publiées par certains recensements et sondages. En effet, lorsque nous nous sommes intéressée aux statistiques susceptibles de nous renseigner sur le nombre de personnes âgées qui avaient ou pratiquaient une spiritualité au Canada et au Québec,

seuls les éléments en lien avec l'appartenance religieuse étaient disponibles. À travers les informations téléphoniques que nous avons obtenues, il appert que « les enquêtes officielles entreprises par le gouvernement s'effectuent sur des faits et non sur des opinions, et que la spiritualité fait partie du groupe des éléments qui ne sont pas abordés dans les questionnaires³. »

Ainsi, nous avons relevé qu'au Canada en 1991, 94 % des personnes âgées d'au moins 65 ans ont dit avoir une appartenance religieuse, contre seulement 6 % des 15 à 44 ans (Statistiques Canada, 2001). Dix ans plus tard, l'Enquête nationale des ménages de 2011 dévoile que la grande majorité de la population québécoise affirme qu'elle a une religion, et les statistiques montrent qu'un pourcentage important est détenu par les personnes âgées (ENM, 2011). Néanmoins, une étude réalisée par Lacombe *et al.*, (2002) révèle qu'au Québec, ce sont les individus âgés d'au moins 45 ans qui accordent plus d'importance à la vie spirituelle avec un pourcentage d'environ 75% contre 44% chez les 15 à 24 ans. N'ayant pas la possibilité d'avoir des chiffres détaillés sur la religion ou l'appartenance religieuse, nous avons consulté un outil de recherche en ligne, le Forum Angus Reid, chef de file des études de marché en ligne, qui est en partenariat avec le gouvernement canadien pour connaître l'opinion des Canadiens sur des sujets divers.

Une de leurs investigations (Angus Reid, 2006) soutient que 39 % de Canadiens affirment que la religion est très importante dans leur vécu quotidien, et celle de World Gallup Poll de Crabtree and Pelham (2009) donne un pourcentage de 42 %. Dans ces études, il est spécifié que la probabilité de trouver un individu attiré par la religion, ou qui accorde une importance aux questions spirituelles est plus élevée chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Ce constat se vérifie dans la majorité des pays touchés ou non

³ Appel téléphonique à « statistiques Canada » effectué le 31 août 2015.

par l'accélération du vieillissement de la population, comme l'attestent les recherches effectuées en 2012 par Koenig et ses collaborateurs.

Aux États-Unis par exemple, où 90 % de la population est d'obédience chrétienne, l'étude de Gallup (2002) montre que 67 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et 75 % de celles de plus de 75 ans déclarent que la religion est très importante pour elles. Les personnes de 65 à 74 ans représentent 70 % de celles qui ont donné la même réponse, tandis que 80 % des plus de 75 ans déclarent qu'elles appartiennent à une organisation religieuse. Par ailleurs, la moitié des personnes de 65 à 74 ans et 60 % des plus de 75 ans affirment qu'elles ont assisté à un service religieux dans les semaines précédant l'étude. Cette tendance est confirmée par Kaplan et Berckman (2016) qui spécifient que pour la plupart des personnes âgées aux États-Unis, la religion joue un rôle fondamental dans leur vie et que leur taux de participation aux offices religieux est plus élevé que celui des autres classes d'âge.

Nous remarquons que les auteurs de ce recensement estiment que le seul fait d'assister à un service religieux suffit pour être considéré comme religieux et par ricochet comme ayant une spiritualité. Ce qui de notre avis n'est pas suffisant quand on veut avoir des informations sur les personnes ayant ou non une spiritualité.

Les données qui font état du nombre de personnes portées vers la religion sont les seules dont nous avons pu disposer pour brosser un portrait statistique de la spiritualité des personnes âgées⁴. Nous en relevons la limite et notons qu'elles doivent être considérées avec circonspection. En effet, elles ne reflètent pas réellement la présence active ou l'absence de la spiritualité dans la vie d'un individu. Il ne nous a pas été possible d'avoir des statistiques qui précisent ou qui dissocient les termes religion et

⁴ L'ENM de 2011 fournit des renseignements sur l'appartenance religieuse uniquement, sans considération de ce que les répondants pratiquent ou non leur religion.

spiritualité. Consciente de ce que l'appartenance religieuse rapportée à une tradition religieuse est un indice peu fiable pour départager l'allégeance spirituelle ou religieuse, nous étions impuissante à considérer d'autres indicateurs statistiques dans les recherches susceptibles de nous renseigner sur le pourcentage de personnes qui ont ou non une spiritualité.

En effet de notre point de vue, l'appartenance à un groupe religieux n'est pas toujours garante de l'existence d'une spiritualité. On peut avoir une spiritualité sans être attaché à une religion, et avoir une religion qui ne stimule pas forcément la spiritualité. Cette recherche a le mérite de faire la différence entre ces deux positionnements à travers l'analyse des réponses des personnes âgées participant aux groupes de discussion. Nous retenons conformément aux statistiques qui viennent d'être présentées que le pourcentage des personnes qui accordent une importance aux questions religieuses est plus élevé chez les aînés que chez les plus jeunes.

Mises à part ces données statistiques émanant de recensements et de sondages, des recherches susceptibles d'ouvrir la voie à une meilleure expérience de vie dans la vieillesse ont conduit à l'élaboration de théories et de concepts reliés à la spiritualité. Ces travaux font ressortir que les personnes âgées auraient une nouvelle appropriation spirituelle de la réalité qui les entoure. Plusieurs auteurs du domaine de la psychologie et de la philosophie, entre autres Assagioli (1994), Dürckheim (1987; 1991), Frankl (1963), Maslow (1971/1993), Walsh et Vaughan (1993); Wilber (1980); Erikson (1963, 1977), Tornstam (1989, 1996, 2005) ont mené des réflexions sur le développement humain tout au long d'une vie, soit de l'enfance à la vieillesse. Deux d'entre eux ont retenu notre attention, notamment Erikson (1963; 1997) et Torstam (1989; 1996) dont les travaux développent respectivement les notions de transcendance et de gérotranscendance et explorent le rapport entre le vieillissement et la spiritualité.

1.1.2 Le vieillissement et la transcendance

Erikson (1963) s'est intéressé à l'évolution psychosociale des êtres humains. Il estime qu'il existe huit stades du développement psychosocial sain entre l'enfance et la vieillesse. Chaque stade est lié au précédent, et le dernier représente le moment où l'individu âgé fait un examen de sa vie passée et s'approprie la réalité qui l'entoure. À ce stade, il atteint un niveau de stagnation de son développement identitaire qui aboutit à une « intégrité personnelle » ou à un sentiment de désespoir, dépendamment du résultat positif ou négatif du bilan fait de sa vie. À cette étape, la personne âgée assimile les événements antérieurs de sa vie, les intègre, et demeure avec la même conception ou redéfinition du monde qu'auparavant : c'est la transcendance.

Erikson estime que la transcendance est une croissance spirituelle dans le vieillissement qui vient précisément des pertes de compétences, des amis, des membres de la famille, et des manquements inhérents à la sénilité. C'est « une option de croissance que l'individu est libre de choisir » (Cossette et Pépin, 2001, p. 53). Il lui appartient de s'approprier « l'intégrité du moi » ou d'opter pour le désespoir, « l'intégrité du moi » étant selon Erikson, un état d'esprit qui conduit à donner un sens spirituel au monde et à accepter positivement la vie. Cette acceptation positive de la vie est bénéfique pour la santé de la personne âgée et permet de faire face à la difficulté et aux pertes induites par l'avancée en âge. C'est avec le sentiment de perte que naît l'aptitude à se rapprocher davantage de valeurs spirituelles qui pourraient s'avérer aidantes pour une meilleure fin de vie.

Cet auteur conclut que les personnes âgées qui ont une vision transcendante du monde qui les entoure se préoccupent moins des choses matérielles et des relations sociales superficielles, et attachent plus d'importance à la méditation (Cozort, 2008). Autrement dit, ce sont leurs aspirations spirituelles qui les aident à donner un sens à leur vie et donc à faire face aux difficultés et aux pertes. L'acceptation des pertes et de la douleur ouvrirait les portes à une amélioration de la santé et du bien-être. Si on s'en tient au

développement de cet auteur, l'être humain ne s'intéresse à l'aspect « spirituel » de son existence qu'à la dernière étape de sa vie. Se pose alors la question de savoir si dans les étapes de l'adolescence ou de l'âge adulte par exemple un individu n'est pas en mesure de s'intéresser ou de faire un bilan de sa vie, ou encore simplement d'opter pour un choix de vie plus centré sur les aspects spirituels de l'existence.

Dans le même ordre d'idées, Tornstam (1989) s'est penché sur la quête de sens des individus âgés. Sa spéculation a pour point de départ la théorie du désengagement (Cumming et Henry, 1961) qui stipule que l'individu se retire ou se désengage des activités de la vie sociale en vieillissant. Selon lui, cette théorie suppose qu'il y a une disposition intrinsèque de retrait et de désengagement de l'aîné qui coïncide avec la propension de la société à rejeter ou à mettre les personnes âgées à l'écart.

Tornstam s'interroge alors sur cette théorie du désengagement et se demande s'il n'y a pas une force en la personne âgée provenant de « l'intérieur de soi ». De son point de vue, cette hypothèse peut être considérée comme valide si la personne âgée qui se désengage se rebâtit un nouveau cadre lui permettant de reconstruire la façon dont elle se voit et perçoit la réalité. Ce serait le moment opportun pour s'adonner à la méditation et à la réflexion. Il estime que la vieillesse serait la période propice pour se familiariser avec soi et avec ce que Jung (1917) nomme l'inconscient collectif, soit « un changement transcendantal de la définition de la réalité ». C'est à cet effet qu'il parle de la gérotranscendance comme étant l'étape finale « d'un processus naturel vers la maturation et la sagesse », qui implique que l'individu éprouve une nouvelle perspective cosmique dans la vieillesse. Il la résume en soutenant que c'est « a new

feeling of cosmic communion with the spirit of the universe, a redefinition of time, space, life and death and a redefinition of the self » ⁵ (Tornstam, 2000, p. 11).

Même si la vieillesse est suivie de différentes pertes qui rapprochent l'individu de la mort, Tornstam pense que les personnes vieillissantes peuvent continuer d'évoluer jusqu'à parvenir à la sagesse à la fin de leur vie. Cette sagesse leur ouvre un univers de significations par rapport à la vie et peut aboutir à une amélioration de leur qualité de vie dans la vieillesse. La nouvelle dimension spirituelle, la quête de sens par rapport au temps qui lui reste à vivre et dont la personne âgée s'approprie, lui donne de regarder davantage vers l'avant et vers l'extérieur en ayant une nouvelle façon de se voir et de voir le monde. C'est la théorie de la gérotranscendance, qui caractérise la transcendance chez les personnes âgées. Cette théorie apparaît comme un complément ou un additif à ce qu'Erikson avait développé quelques années auparavant. Notons qu'un des éléments fondamentaux qui différencie les deux auteurs, c'est leur point de départ. Erikson part de différents stades de développement qui dans un continuum aboutissent à la transcendance, tandis que Tornstam s'appuie sur le désengagement des activités sociales pour aboutir à la relation de la personne âgée avec la spiritualité.

D'ailleurs, Joan Erikson (1997), épouse de Érik Erikson dont nous avons présenté la théorie du développement humain au début de cette section, soutient la pertinence des propos de Tornstam au sujet du lien entre le vieillissement et la transcendance. Elle se base sur une expérience personnelle vécue avec son mari, pour déclarer qu'effectivement dans le grand âge (80 ans et plus), la personne âgée est « face à de nouvelles demandes, des réévaluations et des difficultés quotidiennes » (Ibid. p. 105), et s'approprie une nouvelle façon de concevoir la vie et les événements qui y sont liés.

⁵ « Un nouveau sentiment de communion cosmique avec l'esprit de l'univers, une redéfinition du temps, de l'espace, de la vie et de la mort et une redéfinition de soi ». [Notre traduction]

Selon elle, vieillesse et transcendance vont ensemble, car les personnes âgées aspirent à reconsidérer leur vie pour se préoccuper d'aspects plus spirituels. Cette attitude bénéfique pour leur santé, les aide à acquérir de la maturité en fin de vie. Autrement dit, avec le sentiment de perte, naît l'aptitude à se rapprocher davantage de valeurs spirituelles qui pourraient s'avérer aidantes pour une meilleure fin de vie.

Si on s'en tient au développement soutenu par ces deux auteurs, c'est l'avancée en âge qui favorise la spiritualité. Cela signifie-t-il que toutes les personnes vieillissantes sont spirituelles ou ont une spiritualité ? Ce questionnement en entraîne d'autres. Pourquoi ces personnes se tournent-elles vers la spiritualité ? Et lorsqu'on parle de spiritualité de quoi s'agit-il ?

Des recherches empiriques majoritairement menées aux États-Unis ont appuyé les théories sur la transcendance, en soutenant que les aînés peuvent mieux se porter au plan physique et émotionnel en recourant à la spiritualité. Touhy (2001), Wadensten et Carlsson (2003), Le Deun et Gentric (2007) affirment que nonobstant les déclin physiques apparents que les aînés subissent à cause de la vieillesse, la dimension spirituelle n'est pas forcément atteinte. De leur point de vue, la spiritualité représente une force, et devient une source de réconfort au fur et à mesure que les aînés avancent en âge. Wadensten et Carlsson (2003) notamment parlent d'un « comportement gérotranscendant » des aînés, soutenant que ces derniers accordent plus d'importance aux aspects spirituels de leur vie que les personnes plus jeunes.

Maddox (2000) et MacKinlay et Trevitt (2007) de leur côté remarquent qu'en fin de vie, les personnes âgées s'intéressent davantage aux questionnements existentiels relatifs à la transcendance et à l'espoir, si bien que lorsque survient la maladie ou la souffrance, l'espoir créé par la spiritualité augmente leur bien-être et participe à leur donner une meilleure santé mentale. Plus récemment, Edlung (2014) conclut à la fin d'une de ses études qualitatives explorant le vieillissement réussi auprès de personnes

âgées d'au moins 60 ans vivant dans la communauté que, ce sont des considérations spirituelles qui priment parmi les facteurs qu'elles estiment aidants pour bien vieillir. Les personnes âgées interrogées soutiennent qu'il vaut mieux mettre l'emphasis sur l'importance d'avoir des attitudes positives par rapport à la vie, s'évaluer soi-même de façon réaliste, s'accepter, interagir avec les autres, et être généreux, plutôt que sur l'absence ou la présence de la maladie. Contrairement aux théoriciens du vieillissement réussi qui fondent leurs principes d'amélioration de la qualité de vie sur la santé physique et l'absence de maladie, les chercheurs sus évoqués estiment que c'est l'aspect spirituel qui est le plus important pour mener à bien son vieillissement.

Tait *et al.* (2001), Baltes et Smith (2003), Coleman et O'Hanlon (2004) expliquent également que le vieillissement s'accompagne de nombreuses pertes qui amènent les personnes âgées à prendre conscience de leur finitude, et à tourner davantage leur regard vers ce qui peut leur permettre de faire face à des incapacités chroniques. La religion en l'occurrence serait d'autant plus nécessaire et prisée par les aînés qu'elle représente dans la vieillesse un point d'appui vital pour faire face aux pertes: « Religion seemed to be an important and unique resource for people coping with stress in later life »⁶ (Koenig *et al.*, 2012, p. 1).

Gérontologues reconnus internationalement, Sadler et Biggs (2006) affirment quant à eux que les aînés penchent pour des préoccupations spirituelles qui s'avèrent des ressources potentiellement aidantes dans la vieillesse pour atteindre une vie épanouissante. Ils reconnaissent que la proposition des tenants du vieillissement réussi de prendre en considération les attitudes positives, les opportunités d'épanouissement personnel, l'auto compréhension et la présence de buts dans la vie pour bien vieillir est pertinente. Ils estiment toutefois qu'il conviendrait d'intégrer les ressources spirituelles

⁶ « La religion semble être une ressource importante et unique pour les personnes qui font face au stress dans la vieillesse. » [Notre traduction]

des personnes âgées pour faciliter leur adaptation aux changements associés à l'avancée en âge, notamment les incapacités chroniques dans le grand âge, la perte d'êtres chers comme le conjoint, et la prise de conscience croissante du sentiment de finitude. Ces auteurs font allusion aux personnes qui ne sont pas encore en proie à la maladie ou à la souffrance, la spiritualité pouvant être un élément usité pour prévenir d'éventuelles souffrances plus à même d'apparaître au fur et à mesure que l'aîné vieillit. Ainsi, les ressources spirituelles s'avèreraient utiles advenant une difficulté susceptible d'impacter la santé des aînés. Ils concluent que ces derniers étant portés à réexaminer leur vie, cette attitude les conduirait à poser un regard différent sur la réalité, et impacterait positivement leur qualité de vie et leur santé.

Au Québec, l'étude empirique menée par Hamel *et al.* (1999) a servi à clarifier davantage le concept de transcendance. D'après leurs investigations, la transcendance se vit au niveau personnel d'une part et au niveau transpersonnel d'autre part. Au niveau personnel, ils reconnaissent tout comme Erikson que c'est un processus de développement qui mène l'individu à un épanouissement sur le plan de sa personnalité. Au niveau transpersonnel, l'individu va au-delà de lui-même et sa conscience le fait aboutir à « la réalisation de motivations d'ordre spirituel » qui dépassent la simple individualité (Ibid. p. 29). La transcendance impliquerait ainsi l'élargissement de la conscience, car « la personne est [...] en lien avec une dimension se manifestant en elle-même ». Certains auteurs parlent de la transcendance sous cet angle en utilisant les expressions « Intuition spirituelle » (Vaughan, 1984), « Esprit » (Assagioli, 1994; Wilber, 1980), « Dieu » (Oser *et al.*, 1991).

Ces quelques exemples indiquent que dans la vieillesse, les personnes âgées ont tendance à modifier leur comportement au plan psychosocial. Hamel *et al.* (2003) précisent qu'il s'agit là d'une actualisation de son potentiel, soit la faculté d'aller chercher à l'intérieur de soi une force qui permette de relever les défis imposés par l'avancée en âge.

Comment les auteurs expliquent-ils cet attrait des aînés vers le spirituel au fur et à mesure qu'ils vieillissent? Les raisons convergent vers un même argumentaire : ce sont l'avancée en âge et le sentiment de finitude qui poussent la personne âgée à « revisiter ses croyances, son sens de la vie, ses valeurs et ses attentes » (Gaillard-Desmedt et Shaha, 2013, p. 19).

À travers le développement que nous venons de faire, la transcendance apparaît finalement comme un élément essentiel de la dimension spirituelle de la psyché humaine qui se manifeste de façon plus prééminente quand on vieillit.

En résumé de cette section qui avait pour objectif de relever le lien qu'on retrouve entre le vieillissement et la spiritualité, il appert que la transcendance qui, dit d'une manière succincte consiste à se tourner vers des préoccupations plus spirituelles, est un processus de croissance identitaire chez les personnes qui vieillissent. À cette étape de leur vécu, la santé est plus chancelante à cause de divers manques, tels que les déclin physiques et moraux causés par la sénilité et le rétrécissement du réseau social dû souvent à la perte de proches. Ces difficultés les poussent à se connecter à des préoccupations immatérielles pour mener un vieillissement satisfaisant.

Si les défis du vieillissement tels entre autres une plus grande présence de pathologies physiologiques et psychologiques amènent les aînés à rechercher des stratégies pour y faire face, lesquelles stratégies peuvent être de nature spirituelle, se pose alors la question de savoir quelle relation pourrait exister entre la spiritualité et la santé. Ainsi que l'atteste Manning (2014), les défis auxquels sont confrontées les personnes âgées les amènent à rechercher une multitude de solutions pour y faire face: « with the inevitability of challenges [in aging] comes the diversity in responses » (Ibid. p. 2). Mais même s'il y a de nombreux défis sanitaires à relever, la spiritualité est-elle une alternative vers laquelle se tourner pour trouver une solution aux problèmes de santé? Quel intérêt a été porté par la recherche scientifique sur la thématique spiritualité -

santé? C'est l'objet du développement de la section qui suit relative au lien entre la spiritualité et la santé dans le milieu savant.

1.2 Spiritualité et santé

Dans cette partie de notre recension des écrits, nous considérons les recherches qui ont porté à la fois sur la spiritualité et sur la religion, bien que les deux vocables soient des notions distinctes comme nous le développons dans le chapitre deux. Notons que les questionnements sur le lien entre la spiritualité et la santé ont suscité un nombre impressionnant de recherches. En 2001, Koenig et ses associés ont recensé qu'en deux siècles, soit entre les années 1800 et 2000, environ 1200 études portant sur le thème de la spiritualité reliée à la santé ont été menées. Une décennie plus tard, une autre de leurs recherches avec les mots-clefs « religion, spirituality, religiosity, religiousness, health » a fait ressortir que près de 21 437 articles ont dominé la recherche mondiale et marqué l'intérêt pour ce nouveau champ de la religion, de la spiritualité et de la santé (Koenig et *al.*, 2012) ! Depuis lors, ce chiffre est en constante augmentation. Pour la seule base de données Pub Med, plus de 2500 recherches afférentes à la spiritualité et la santé ont été comptabilisées durant les cinq dernières années. Sage Journal donne le chiffre de 2634 pour la seule année 2018-2019 (données au 28 septembre 2019).

Au Québec, l'éclosion vers cette nouvelle thématique de recherche n'est pas en reste. Des réflexions et travaux sur la religion, la spiritualité et la santé ont donné naissance à plusieurs structures telles des centres et des chaires de recherche. À titre d'exemple, le Centre spiritualité santé (CSs) est né à la suite de la reconfiguration qu'a subie le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) en 1998. C'est un centre d'expertise reconnu dans le domaine des soins spirituels en milieu de santé par la qualité de sa recherche, de sa formation, de son enseignement et le développement de pratiques cliniques novatrices. Il regroupe tous les services de soins spirituels des établissements de santé et de services sociaux de la ville de Québec et de ses environs situés sur le

territoire de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Il penche pour une vision globale de la santé et est en faveur de la prise en compte de la spiritualité dans les services de santé et de soins offerts en CHSLD⁷.

Quelques années plus tard, en 2001, la Chaire de recherche sur la religion, la spiritualité et la santé voit le jour à Québec. Cette structure unique en son genre au Canada s'est donnée pour mission de « comprendre les phénomènes d'intégration des spiritualités et des traditions religieuses dans le monde de la santé », dans le but entre autres de « clarifier l'état des rapports entre religion, spiritualité et santé »⁸.

L'engouement pour la recherche sur la spiritualité en lien avec la santé dénote qu'il est pertinent de nous y attarder. De nombreuses recherches empiriques soutiennent les bienfaits de la spiritualité sur la santé, et spécialement celle des aînés. Elles considèrent la spiritualité comme un élément positif à examiner dans la recherche du bien-être des aînés, à l'image de la spiritualité positive défendue par Crowther *et al.* (2002). Nous en retenons quelques-unes pour étayer le développement que nous présentons sur le lien entre la spiritualité et la santé. Nous examinons par la suite les conséquences qui peuvent découler d'une spiritualité que nous avons qualifiée de négative, en opposition à la spiritualité positive, et portons une attention particulière sur ses effets néfastes au plan sanitaire. Pour terminer cette section, nous nous penchons sur la réponse des institutions hospitalières en général et du Québec en particulier, quant à la possibilité de recouvrer un mieux-être en se référant à la spiritualité.

1.2.1 Les effets positifs de la spiritualité sur la santé

Dans leurs réputés travaux, Rowe et Kahn (1987) ont proposé un prototype qui facilite l'atteinte d'un vieillissement réussi. Selon ce modèle qui repose sur des bases

⁷ Centre hospitalier des soins de longue durée

⁸ Récupéré de <https://www.crss.ulaval.ca/accueil/> le 08 février 2016

scientifiques, il faut remplir trois conditions pour parvenir à un vieillissement réussi : – ne pas avoir de maladie et d’incapacité, – maintenir des fonctions cognitives et physiques – être engagé dans des activités sociales et productives (Rowe et Kahn, 1997). Crowther *et al.* (2002) appuient ces recommandations, mais estiment que la dimension spirituelle des personnes âgées a été omise. Selon eux, la spiritualité est un élément important pour la santé et le bien-être des aînés. En s’inspirant des définitions de Koenig *et al.* (2001), ils adoptent ce qu’ils nomment la « spiritualité positive » soit :

... a developing and internalized personal relation with the sacred or transcendent that is not bound by race, ethnicity, economics, or class and promotes the wellness and welfare of self and others. Positive spirituality uses aspects of both religion and spirituality (Ibid. p. 614)⁹.

La « spiritualité positive » introduite par Crowther et ses collaborateurs comme un facteur prédictif d’un bon vieillissement (successful aging) est ainsi associée à l’idée que pour mener à bien leur vieillesse, les aînés maintiennent une relation personnelle avec un être sacré, et se servent aussi bien des aspects de la religion que de ceux de la spiritualité. La « spiritualité positive » représente ainsi une ressource stratégique susceptible d’atténuer les effets stressants du vieillissement.

Les auteurs estiment qu’elle réduit le sens des pertes de contrôle et d’impuissance qui accompagnent la maladie, et touche aussi bien des aînés dans le début de la vieillesse que ceux qui ont atteint le grand âge, et qui sont davantage visés par la gérotranscendance dont parlent Erikson (1977) et Torstam (1997). Crowther *et al.* (2002) entendent bonifier le modèle de Rowe et Kahn en mettant l’accent sur les

⁹ « Une relation personnelle développée et intériorisée avec le sacré ou le transcendant qui n'est pas limité par la race, l'ethnicité, l'économie ou la classe et qui favorise le bien-être personnel et celui des autres. La spiritualité positive utilise à la fois des aspects de la religion et de la spiritualité. » [Notre traduction]

aspects positifs de la spiritualité pour faire ressortir un archétype conceptuel qui aiderait à parvenir au bien-être et à la santé.

Ainsi selon eux, la spiritualité pourrait améliorer la vie de nombreuses personnes âgées, sans pour autant priver de leurs droits celles pour qui elle n'est pas importante. Ils estiment en outre que l'incorporation de la spiritualité dans les modèles de vieillissement réussi représente une reconnaissance scientifique importante des résultats de recherche des dernières décennies.

Si Rowe et Kahn ont jeté les bases pour identifier des stratégies efficaces susceptibles d'améliorer le vieillissement des aînés, le modèle élargi que proposent Crowther *et al.* (2002) opte pour un vieillissement multiforme intégrant des processus biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels interdépendants. Il découle de leurs travaux que la spiritualité positive favorise l'engagement social actif dans la vie à travers la prière, la méditation et d'autres pratiques que l'individu choisit. De plus, les ressources spirituelles peuvent faciliter l'adaptation des personnes âgées aux changements associés à l'avancée en âge, notamment aux incapacités chroniques dans le grand âge, à la perte d'êtres chers comme le conjoint, et à la prise de conscience croissante du sentiment de finitude. Elle apparaît ainsi comme un élément préventif d'une détresse psychologique quelconque suscitée par les pertes que nous avons énumérées et qui pourraient dégrader la santé.

Crowther et ses collaborateurs n'en disent pas plus pour expliquer par quel processus la « spiritualité positive » parvient à influencer positivement sur la santé, et le point de vue des personnes âgées sur la question nous semble dès lors primordial. En regard de leurs arguments, la spiritualité apparaît pour nous comme un paravent à d'éventuelles souffrances physiques ou psychologiques. Cette conclusion est renforcée par des études empiriques qui montrent que la spiritualité joue un rôle positif sur la santé de ceux qui la pratiquent. Les résultats de ces travaux, bien que très diversifiés, dénotent que la

spiritualité peut améliorer la santé et le bien-être des personnes malades en général, et âgées en particulier. Ce qui nous conduit au développement qui suit.

Spiritualité et rémission des patients

Dans cette section, nous mettons de l'avant les études scientifiques qui ont montré que la spiritualité des personnes malades a un impact sur leur rémission et sur l'amélioration de leur santé. Parmi les recherches empiriques, celle de Sullivan (1993) auprès des patients ayant des problématiques de santé mentale a été une grande première quand il a suggéré d'introduire la spiritualité dans le soin. Ce chercheur a observé une relation entre la spiritualité et une amélioration de la santé de ses patients souffrant de troubles mentaux graves. Les personnes qui pratiquaient une spiritualité avaient un taux de récurrence et de rechute beaucoup plus faible que celles n'en ayant pas. Sa recherche considère de ce fait que la spiritualité, qui peut revêtir différentes formes suivant la personne qui l'utilise, représente une force aidante pour affronter la maladie et même en venir à bout.

Le docteur Benson (1996), pionnier dans la recherche sur la relation entre la spiritualité et la santé, a longtemps exploré la spiritualité et la foi dans le domaine de la médecine. Ses conclusions attestent que l'être humain est disposé naturellement à croire et qu'il est « nourri » et entretenu par différentes expressions de ses croyances dont entre autres la prière. Selon ce chercheur, la pratique de la spiritualité se manifeste de diverses façons, et peut conduire à des résultats positifs sur la santé allant du simple soulagement physique ou mental à une guérison complète. L'auteur affirme qu'une relation étroite avec une « Grande Puissance » serait à l'origine d'un bien-être psychologique et même physique parfois inexplicable. Ces effets ne s'appliquent pas spécifiquement aux personnes âgées, mais à tout individu qui pratique régulièrement la prière, considérée par Benson comme le récit et la répétition de certaines paroles. La spiritualité peut ainsi s'avérer précurseuse de guérison miraculeuse.

C'est d'ailleurs dans ce sens que s'orientent les conclusions des travaux de Woods et Ironson (1999). Après une étude auprès de leurs patients atteints du VIH-SIDA, ils remarquent que ceux ayant développé une spiritualité quelconque recouvrent mieux la santé. Ils expliquent que les personnes impliquées dans des activités religieuses et spirituelles développent des fonctions immunitaires plus fortes que les autres. Cette conclusion est confirmée par les résultats des recherches de Schwarz et Cottrell (2007) qui ont interviewé cinq personnes âgées de 66 à 88 ans dans le but d'explorer la place qu'occupe la spiritualité dans les soins reçus par ces aînés dans les services d'ergothérapie. Des entretiens en profondeur leur ont permis de faire ressortir que pour ces personnes âgées, la spiritualité est une dimension vitale pour leur réadaptation. L'étude de nature qualitative soutient que la spiritualité permet de donner un sens à la vie de ces participants et les aide à affronter les difficultés de leur existence. Ces derniers avouent d'ailleurs qu'ils préfèrent s'appuyer davantage sur leur spiritualité que sur leur famille pour faire face à la souffrance et aux pertes. La spiritualité apparaît alors comme un soutien psychologique majeur dans la vie de ces personnes souffrantes.

Des investigations plus récentes auprès de diverses autres catégories de patients attestent que grâce à leur spiritualité, la santé et le bien-être des personnes en proie au stress (Pargament *et al.*, 2001; Crowther *et al.*, 2002; Pargament, 2013), à la dépression, à une détresse psychologique (Parker *et al.*, 2001) ou en fin de vie (Reyes-Ortiz *et al.*, 2008) se sont sensiblement améliorés. Pargament (2013) en particulier soutient que les aînés, lorsqu'ils sont souffrants, ont tendance à se tourner plus vers leur spiritualité que vers leur famille ou même vers le système de santé. Ce chercheur va jusqu'à encourager les psychologues à opter pour des traitements qui intègrent la spiritualité afin de rechercher le bien-être et la santé du patient.

Dans le cas des maladies graves, Gaillard-Desmedt et Shaha (2013) ont fait un état des connaissances du lien existant entre la spiritualité et un problème de santé grave comme le cancer. Elles rapportent que la présence du cancer dans la vie d'une personne a des

impacts importants sur sa qualité de vie et sur son bien-être, à tel point qu'elle peut parfois conduire à une détresse spirituelle. Elles affirment que la douleur physique et morale engendrée par la maladie confronte le patient à des questionnements existentiels et identitaires où plusieurs dimensions de sa vie sont interrogées. Cette expérience de recherche leur donne de préciser que la question spirituelle est réelle dans la vie des patients aux prises avec une maladie menaçante pour leur vie comme le cancer. Cependant, les chercheuses spécifient que la question de la spiritualité demeure délicate à aborder, et sa prise en compte dans la pratique encore complexe malgré la présence grandissante d'instruments de mesure validés. Xing et ses collaborateurs (2018) abondent dans le même sens après la méta analyse d'un essai contrôlé randomisé¹⁰ effectué dans le but d'examiner l'impact des interventions qui intègrent la spiritualité auprès de patients atteints d'un cancer. Ils estiment que le fait de recevoir le diagnostic d'un cancer est susceptible d'entraîner chez le patient une profonde détresse psychologique (dépression, anxiété, peur, etc.) en plus de ce que physiquement il est appelé à souffrir. Ils ont trouvé à la fin de leurs travaux que la spiritualité peut améliorer le bien-être spirituel et partant la qualité de vie de personnes atteintes d'un cancer. Aussi de leur point de vue, maintenir un bien-être spirituel est important pour prévenir l'éventualité de cette détresse spirituelle.

Mises à part ces quelques recherches, de nombreuses autres études empiriques sont réalisées durant ces dernières décennies surtout aux États-Unis, pour en savoir plus sur l'impact positif de la spiritualité sur la santé des personnes malades qui y ont recours.

Nous avons noté que quelques auteurs comme Agli *et al.* (2015) vont plus loin et affirment que les vertus de la spiritualité sont reconnues comme pouvant permettre de

¹⁰ Type d'étude scientifique utilisé en particulier en médecine faisant partie des meilleurs moyens ("gold standard") pour évaluer les effets bénéfiques et néfastes d'approches thérapeutiques (médicaments, soins, pansements, dispositifs médicaux, chirurgie, etc.) comparées les unes aux autres. Récupéré de <https://fr.wikipedia.org> le 18 août 2019.

diminuer la morbidité et la mortalité, surtout au sein de la population âgée malade. Nous n'avons pas trouvé beaucoup d'études qui soutiennent directement ce dernier point de vue. En fait, la baisse de la mortalité proviendrait du fait que les règles imposées par certaines religions peuvent conduire les personnes à adopter de saines habitudes de vie (ne pas fumer, ne pas se droguer, avoir des relations sexuelles dans un cadre protégé, etc.), lesquelles peuvent déboucher sur une amélioration de la qualité de vie, et par ricochet sur un accroissement de l'espérance de vie. Ce qui semble évident dans ces données américaines, c'est qu'elles promeuvent l'idée qu'il existe une relation positive entre la spiritualité et l'état de santé des individus.

Au Canada, et au Québec en l'occurrence on ne trouve pas beaucoup d'études semblables. L'exploration du lien entre spiritualité, religion et santé part de l'enquête sociale et de santé menée en 1998. Clarkson et al. (2000) y ont développé une analyse exploratoire sur la spiritualité, la religion et la santé des Québécois dans le but

d'explorer le lien entre l'importance accordée à la vie spirituelle, c'est-à-dire des croyances ou des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme, l'appartenance religieuse et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte, avec diverses variables démographiques, socioéconomiques et sociosanitaires (Ibid. p. 604).

Cette étude quantitative met de l'avant le pourcentage de personnes qui ont tendance à fréquenter un lieu de culte ou recourir à leurs valeurs spirituelles en fonction de la perception de leur état de santé. Elle mentionne que plus les personnes perçoivent leur état de santé comme mauvais, plus elles recourent à leur vie spirituelle et vice versa. Elle ne nous renseigne pas de manière explicite sur le lien curatif entre la spiritualité et la santé. Se basant sur cette enquête, Lacombe *et al.* (2000) ont approfondi la recherche et tenu compte de la diversité culturelle. Selon eux, « dans certains cas, la religion peut servir d'amortisseur de stress psychologique en permettant aux individus de s'adapter ou de faire face aux événements de la vie » (Ibid. p. 319).

Ils s'intéressent aux communautés chinoise, haïtienne, magrébine et latino-américaine et constatent que généralement, elles croient en « un effet positif de la vie spirituelle sur l'état de santé physique ou mentale ». En cela, ils rejoignent les conclusions auxquelles Molgat (2015) est parvenu, à savoir qu'il y a des communautés culturelles qui recourent à la spiritualité pour venir à bout de certaines difficultés. L'auteur ne spécifie pas de quelles communautés il est question.

L'engouement des recherches sur le thème de la spiritualité en lien avec la santé pousse aussi Meadows *et al.* (2001) à s'intéresser à la santé et au bien-être des immigrants récents. Ils ont montré par leurs travaux l'impact positif de la spiritualité sur la capacité des personnes immigrantes à venir à bout des difficultés d'adaptation en terre d'accueil. À la suite de leur étude auprès de 42 femmes immigrantes à Calgary, ils ont conclu que la spiritualité et la pratique religieuse sont des ressources importantes pouvant non seulement faciliter l'intégration sociale, mais également contribuer à une meilleure santé mentale des immigrants récents qui font face à leur arrivée en terre d'accueil à plusieurs difficultés d'adaptation qui impactent leur santé (Olazabal *et al.*, 2010). Cette étude cruciale pour le Canada et le Québec, se rapproche un tant soit peu de notre intérêt de recherche, puisqu'elle interroge des femmes pour connaître leur point de vue sur l'impact de la spiritualité sur leur santé. Le facteur âge n'est pas pris en compte et avive notre curiosité quant à la réponse qui peut provenir d'une personne âgée. De plus seules les femmes font partie du groupe ciblé. Qu'en est-il des hommes? La donne change-t-elle selon qu'on est un homme ou une personne âgée? Notre recherche s'intéresse davantage à cette diversité de genre, d'âge et de parcours de vie. Dans la sélection sur la constitution de notre échantillon, développée dans le chapitre consacré à la méthodologie, nous spécifions nos critères de diversification de l'échantillonnage.

De leur côté Le Gall *et al.* (2012) se sont intéressés entre autres au fait religieux dans les institutions de santé de première ligne à Montréal, se questionnant sur les besoins religieux des patients et les difficultés induites par la diversité religieuse. Leurs

résultats dévoilent que les éléments religieux sont quasiment absents des propos des patients lorsqu'ils reçoivent des soins, et que les malades ne font que très rarement cas des exigences imposées par leur religion. Ils ne spécifient pas les raisons du mutisme des patients sur la question. Nous comptons explorer cette question dans notre recherche en interrogeant les aînés sur leur point de vue sur la place de la spiritualité dans les services de santé publique.

Toujours dans le but de montrer que la spiritualité peut aider à la guérison, mais cette fois auprès des aînés, l'étude quantitative de Hamel *et al.* (2003), auprès de 379 personnes de 60 ans et plus a noté qu'il existe une corrélation positive entre la réalisation personnelle au plan « psychospirituel » des personnes âgées et leur santé mentale, physique ou sociale. La principale conclusion à laquelle ils parviennent est que les aînés peuvent amplement tirer profit de la pratique de leur spiritualité. Ils estiment que « les personnes âgées qui actualisent leur potentiel psychospirituel dans leur vie quotidienne bénéficient [...] d'une bonne santé psychologique et s'engagent activement sur le plan socioaffectif » (Ibid. p. 47).

D'une manière générale au Canada et au Québec, les études qui ont porté sur la spiritualité et la santé sont très diversifiées (Hamel *et al.*, 2003 ; Helly, 2005; Vachon *et al.*, 2009; Battaglini *et al.*, 2007; Le Gall *et al.*, 2012; Le Gall et Xenocostas, 2011; Jobin *et al.*, 2011, 2012, 2015; Meintel et Mossière, 2011; Mossière et Meintel, 2010) et ne prêtent pas forcément une attention particulière aux aînés et aux vertus thérapeutiques de la spiritualité.

Récemment, Bélanger et Charbonneau (2014) ont considéré que la spiritualité pouvait aider à la rémission des patients. Ils ont conduit des recherches visant à explorer comment dépister « les besoins spirituels et religieux des patients » dans les soins de longue durée ou en soins palliatifs. Ils ont examiné leurs résultats sous l'angle des besoins liés au passé, et sous l'angle de la souffrance spirituelle et de l'expérience

spirituelle, soit l'état de manque, d'insatisfaction, d'incomplétude, d'inquiétude, la joie, la paix, la tranquillité, le bonheur, etc. Leur objectif visait essentiellement à connaître les besoins spirituels des patients institutionnalisés pour les référer à un intervenant en soins spirituels. Ils parviennent à la conclusion qu'il est ardu d'atteindre cet objectif, surtout quand les patients souffrent de troubles cognitifs ou sont en perte d'autonomie totale. Ceci renforce notre objectif de nous pencher sur le point de vue des personnes qui ne sont pas en situation de maladie handicapante.

Malgré le fait qu'on ne trouve pas beaucoup de recherches empiriques relatives à la spiritualité et la santé des personnes âgées qui ne souffrent pas de maladie grave, le questionnement sur le processus de guérison ou la sensation de bien-être enclenchée par la spiritualité d'un individu, ainsi que la question de la spiritualité dans les institutions de santé est bien présente dans les réflexions scientifiques contemporaines.

Des travaux que nous venons d'énumérer se dégagent la synthèse suivante quant aux effets positifs de la spiritualité sur la santé. Elle permettrait : une amélioration de la santé de personnes souffrant de problématiques de santé mentale ou de maladie grave; un développement des fonctions immunitaires; un bien-être psychologique; une meilleure adaptation face au handicap et aux épreuves de la vie.

Le développement que nous avons fait a exposé brièvement comment la spiritualité est accueillie dans le monde médical et nous amène à un constat : la plupart, pour ne pas dire tous les articles que nous avons parcourus et qui trouvent un lien positif entre la spiritualité et la santé, soutiennent que la spiritualité se manifeste surtout lorsqu'il y a une détérioration de la santé, ce qui est souvent le cas quand on est avancé en âge, puisque le vieillissement est associé à un risque d'expérimenter une incapacité physique ou mentale. A priori selon les auteurs, la spiritualité serait absente ou peu manifeste lorsqu'on est bien portant ou qu'on se dit en santé. Si la spiritualité peut être aidante quand survient la maladie, nous ne partageons pas la vision selon laquelle c'est

uniquement lorsqu'on est malade que la spiritualité se manifeste. Nous n'adhérons pas plus à la pensée que toutes les personnes gravement malades recourent à leurs ressources spirituelles comme outil de « coping ». Nous entendons dans notre recherche, explorer cette relation entre la spiritualité et la santé pour des personnes âgées qui ne sont pas en situation de crise (maladie grave). Notre positionnement théorique vise à connaître le sens que les personnes âgées donnent à la spiritualité et le lien qu'elles font avec leur santé. Le vieillissement tout comme la spiritualité, étant pluriel et son expérience subjective (Charpentier et Quéniart, 2015), le point de vue des personnes concernées nous semble vital.

Comme nous l'avons constaté dans les recherches ci-dessus, la spiritualité est une ressource aidante dans la vieillesse sur le plan de la santé psychologique, mentale et même physique des personnes âgées. Toutefois, ce que la spiritualité peut avoir comme effet sur les patients n'est pas toujours en concordance avec la guérison escomptée par la médecine conventionnelle. Elle peut aussi occasionner des souffrances inédites comme le dénoncent certains auteurs.

1.2.2 Les effets négatifs de la spiritualité sur la santé

En parcourant la littérature savante traitant de la spiritualité et de la santé, divers auteurs ont montré comment la spiritualité peut se transformer. À titre d'exemple, une forte emprise de la spiritualité ou des règlements religieux sur un individu peuvent aboutir à une profonde souffrance psychique et même physique et avoir des effets incongrus sur sa santé. En effet, comme le déclare Simard (2006), « certaines croyances ou pratiques religieuses [peuvent] avoir un effet négatif sur la santé, comme l'abandon de traitements traditionnels efficaces dans l'espoir d'une guérison miraculeuse » (Ibid. p. 121).

Plus que cela, ces croyances peuvent amener à altérer l'identité de l'adepte quand les enseignements sont extrêmes. À titre d'illustration, on retrouve dans des préceptes

véhiculés par certains groupes religieux, que tout individu dépend entièrement d'un Être suprême de qui proviennent la maladie ou la guérison. Ils pensent que recouvrer la santé peut advenir après des supplications, des jeûnes, des prières et plusieurs autres pratiques prescrites dans leur tradition religieuse, et ce en faisant fi des prescriptions médicales. Des personnes souffrantes peuvent alors s'accrocher de manière fanatique à leurs croyances et ne s'attendre qu'à l'Être suprême pour se relever de leur maladie (Swinton, 2001).

D'ailleurs, Pargament et Brant (1998) ont mené une analyse de 46 études portant sur le comportement des individus en proie à des événements stressants de la vie. Les auteurs ont noté que certaines des stratégies utilisées par ces personnes avaient eu un effet non escompté sur leur santé. Entre autres, une interprétation négative de ce qui leur arrive et le fait de considérer la souffrance comme une punition de Dieu ou un mécontentement des forces divines auxquelles ils croient, pouvaient aggraver les difficultés de certains. Leurs travaux mettent en lumière que la religion a eu un effet négatif dans 4 % des cas, contre 34 % de cas positifs et 62 % de cas où il n'y avait pas d'effet. Bien que minimale, cette répercussion négative sur la santé dénote que la spiritualité peut ne pas être que positive.

Ehman (1999) corrobore les conséquences négatives ou biaisées de la spiritualité, des croyances ou des convictions des personnes sur leur santé. Sa recherche témoigne de ce que deux tiers des patients ambulatoires interrogés sur leur spiritualité et leurs croyances religieuses ont mentionné que ces dernières pourraient influencer leur choix de traitement s'ils venaient à être gravement malades. Ils estiment que s'ils se retrouvent en face d'interdits ou de règles qui vont à l'encontre des traitements, il peut leur arriver de faire des choix que le commun des mortels trouverait outrageux vis-à-vis de la médecine conventionnelle. Cette recherche conclut que la motivation des choix thérapeutiques des patients peut aller à l'encontre des prescriptions médicales.

Quelques années plus tard, en 2001, la recherche longitudinale de Pargament et de ses collaborateurs auprès d'une population âgée d'obédience chrétienne s'avère une des premières études empiriques à avoir identifié des variables liées à la religion, et susceptibles d'augmenter le risque de mortalité. Elle établit que « religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients » (Pargament *et al.*, 2001, p. 1883). Entre autres raisons, ils mentionnent que la mortalité élevée au sein de la population âgée serait due au sentiment d'aliénation ressenti par le patient vis-à-vis de Dieu, et au fait d'attribuer sa maladie au diable. Dans le même ordre d'idées, une étude conduite par Silvetri (2003) dans un département oncologique auprès de patients souffrant d'un cancer de poumon avancé, a montré que la foi en Dieu était pour eux un élément primordial dans le choix des traitements. Elle occupait la deuxième place après les prescriptions de l'oncologue. Cependant, lorsque les oncologues de cette même étude ont été interrogés pour donner leur point de vue sur ce qui pouvait être prioritaire dans le choix des traitements de leurs patients, ils ont cité la foi en Dieu en dernier. Ceci montre que les priorités thérapeutiques du patient et celles du professionnel de santé qui le suit peuvent diverger et donner lieu à des antagonismes dans la recherche du rétablissement de la personne souffrante.

On compte quelques études qui se sont également intéressées à cet aspect négatif de la spiritualité sur la santé des individus. Les travaux de Bégot (2004) en France auprès de patients atteints du VIH-SIDA et inscrits dans une « démarche spirituelle », révèlent que certains des malades soucieux de mettre en pratiques les dogmes de leur religion, pratiquaient le jeûne du ramadan tandis que d'autres croyaient en la guérison de la maladie et rejetaient les prescriptions de leur médecin. Ceci n'est pas seulement propre à la religion islamique.

Ce constat rejoint les conclusions de Koenig *et al.* (2012) qui estiment que des attitudes menant à des comportements ou des considérations inappropriées de la part d'un individu souffrant peuvent advenir lors de la prise en charge médicale du patient, à

cause des interdits ou d'une vision différente de la recherche de la guérison par le patient ou ses proches. Entre autres, le refus de recevoir des soins, la façon différente de concevoir la santé ou l'origine de la maladie, sont des postures qui peuvent influencer sur les interventions qui sont prodiguées, et compliquer la tâche des intervenants. La spiritualité peut ainsi avoir des effets inattendus sur la santé. L'étude inédite de Mandhouj (2015) relate des cas concrets et dénonce clairement cette attitude en évoquant des pratiques comme l'abandon du traitement dans l'espoir de se voir guérir de façon surnaturelle par la pratique d'activités religieuses spécifiques telles que le jeûne et la prière. La religion est considérée dans l'exemple suscité comme « une barrière aux soins lorsqu'elle entre en conflit avec le traitement prescrit » (Cadge et Short 2009, p. 25).

Cette attente « aveugle » des patients envers l'Être suprême peut mener à un fatalisme qui empêche le recours à la science, ou simplement la diabolise lorsque surviennent des pertes. Les individus peuvent considérer que la souffrance est une « punition » ou un abandon de cet Être suprême, et sombrer dans un stress ou une souffrance profonde. Fatalisme fortement décrié dans certaines recherches qui montrent l'impact indésirable que peut avoir la spiritualité sur la santé.

Research on fatalism as a form of negative spirituality show that health beliefs and outcomes in different faith communities, as well as cross-culturally [...] may be affecting the relationships between religion, spirituality, health, and psychological well-being in a variety of medical diagnoses (Schreiber et Brockopp, 2012) cités par Jones *et al.*, 2015, p. 138.

Au Canada, les commentaires de certains journaux¹¹ dénoncent des pressions spirituelles effectuées par certaines personnes « aux théologies toxiques » auprès de patients dans différentes structures hospitalières. Ils font référence à des groupes

¹¹ La Presse (2019-). Montréal. Récupéré de <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201908/16/01-5237679--dieu-guerira-ton-cancer.php>

radicaux promettant une guérison miraculeuse à des patients atteints de cancer et évoquant des doctrines qui « perturbent les malades. » Ils citent en exemple que certaines personnes affirment « que Dieu ne veut pas qu'on prenne des pilules et que les gens sont malades parce qu'ils ne croient pas assez ». Ces situations ont créé de la panique, de l'anxiété « et de nouvelles hospitalisations en psychiatrie » qui ont suscité un tollé médiatique manifestant l'indignation du corps médical et des intervenants en soins spirituels en particulier.

Un de nos objectifs est d'ailleurs d'explorer le point de vue des aînés quant à la place de la spiritualité comme stratégie thérapeutique dans les institutions de santé. Globalement, notre recension des écrits fait ressortir que la spiritualité peut se manifester à travers des religions ou des croyances qui impactent les comportements en matière de santé et ont des conséquences sur les interventions des professionnels (Moberg, 2001). Phaneuf (2013) appuie ces assertions en soutenant que :

Les esprits bons ou mauvais auxquels croient certains asiatiques, les zombies aux Antilles ou le vaudou pour les Africains et les Haïtiens ou encore les jnouns pour les Marocains, peuvent les hanter ou se révéler source de réconfort. Aussi, par crainte ou par espoir d'une guérison magique dont ils hésitent à parler, ils peuvent être amenés à refuser des traitements modernes et à opter plutôt pour le recours à ces « entités » (Ibid. p. 15).

Cette auteure est une infirmière qui a eu des expériences thérapeutiques diverses avec des personnes issues de différentes contrées géographiques éloignées du Canada, dont celles auxquelles elle fait allusion. Nous nous interrogeons cependant sur la possibilité que des personnes refusent aussi des traitements modernes à cause de leurs croyances, ou alors fondent l'espoir d'une guérison sur une « entité ». L'analyse des données de notre recherche nous renseignera sur ce sujet comme nous le verrons dans le chapitre des résultats.

Ainsi, à partir des cas suscités, on peut retenir que la spiritualité des individus n'a pas toujours sur eux les effets de guérison espérés dans la médecine conventionnelle. Elle peut même être néfaste à plusieurs niveaux. La mise en pratique aveugle des dogmes religieux, des normes et directives édictées par l'appartenance à un groupe ou à une communauté spécifique, la mauvaise interprétation ou appréhension de sa spiritualité, peuvent interférer sur le traitement thérapeutique ou conduire à des prises de position extrêmes face aux traitements cliniques proposés. Dans un contexte marqué par la sécularisation et la laïcité de l'État avec paradoxalement l'intérêt contemporain accru pour l'offre de services de soin et de santé sous un angle holistique, il nous est apparu judicieux d'aborder l'accueil actuellement réservé à la spiritualité dans les institutions sanitaires étatiques susceptibles d'aider ceux qui sont souffrants à parvenir à un meilleur état de santé, particulièrement au Québec. Cependant, compte tenu de la complexité de cette histoire et du nombre d'écrits sur la place de la spiritualité dans le milieu hospitalier, nous ne mentionnons ici que certains éléments fondamentaux. C'est l'objet de la section suivante.

1.2.3 La spiritualité dans les institutions de santé et les services sociaux

Durant de nombreux millénaires, la spiritualité surtout par le biais de la religion, faisait partie de la pratique médicale. C'est l'émergence de la médecine expérimentale au XIXe siècle qui a apporté une scission entre la science et la spiritualité. Au fil des années, elle reprend place dans les interventions en santé où des « besoins multidimensionnels des usagers » sont examinés attentivement. Une vision plus globale et holistique de la santé devient courante et se caractérise par l'inclusion du côté spirituel de l'être humain dans la recherche de sa guérison. Dans le monde médical occidental, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère dès 1948 la santé globale comme un véritable « tournant dans les conceptions de la santé », et suggère

que la spiritualité soit intégrée dans les interventions biomédicales¹². L'idée d'une approche thérapeutique qui tienne compte de l'aspect physique, psychique et spirituel des individus stimule la réflexion et l'émergence d'une nouvelle vision holistique de la santé au plan mondial. La prise en considération du côté spirituel de l'être humain s'imisce de plus en plus dans la recherche de sa propre guérison, et intègre le malade comme un maillon participatif important dans la quête de son bien-être et de sa rémission.

C'est ce que soutiennent les institutions internationales comme l'International Council of Nurses, (2012) et l'OMS (1948) qui dans le cadre des meilleures pratiques, identifient les soins spirituels comme une partie intégrante des soins en général. Aussi la vie spirituelle des personnes est de plus en plus reconnue et prise en compte dans les services qui leur sont offerts dans les institutions de santé.

La situation dans quelques pays

En France, c'est à partir des années 1970 que les croyances spirituelles et religieuses des malades hospitalisés sont davantage scrutées, et cette tâche incombe surtout aux infirmières. Plus tard, l'introduction de la médecine dite globale ou holistique encourage l'implication du patient dans le processus thérapeutique, et la prise en compte de sa propre expertise dans la connaissance médicale (Baszanger, 1995). Cependant, ce ne sont pas tous les établissements de santé qui attachent une importance particulière à la spiritualité. Des médecins sensibles à ce concept en santé se sont regroupés en corporation et intègrent à leurs soins les croyances et la spiritualité des patients qui le désirent. C'est davantage en soins palliatifs qu'il existe une charte qui régleme l'activité spirituelle. Aujourd'hui, bien que la dimension spirituelle soit

¹² C'est en 1948 que la notion de santé globale est introduite, et la santé est aussi définie comme un « état positif pluridimensionnel [...] impliquant une démarche personnelle de l'individu qui devient le premier responsable et artisan de sa santé. » (Osiek 1996 :1).

encore rarement abordée dans les unités de soins, la Charte de la Société française d'accompagnement des soins palliatifs (SFAP) mentionne explicitement qu'il faut tenir compte des dimensions médicale, psychologique, sociale et spirituelle du patient lors de sa prise en charge globale (Bégot, 2011). Dans les services hospitaliers autres que les soins palliatifs, la question de la spiritualité des patients n'est pas explicitement relevée et « la gestion du fait religieux dépend de la position occupée par le médecin au sein du champ médical » (Ibid. p. 61).

En Suisse depuis 2004, la docteure Monod-Zorzi développe en collaboration étroite avec le pasteur Rochat « une modélisation de la prise en compte de la dimension spirituelle des patients âgés hospitalisés ». Ses travaux avec d'autres collègues (Monod-Zorzi *et al.*, 2006) révèlent que la spiritualité joue un rôle majeur dans la santé des aînés. Les chercheurs spécifient que c'est surtout en fin de vie que la dimension spirituelle revêt son importance dans la prise en charge des patients. Plus tard, Monod-Zorzi (2016) propose l'introduction d'un modèle intégratif « bio-psycho-social et spirituel » dans les soins apportés aux personnes âgées vulnérables, et la spiritualité est explorée de manière explicite auprès des patients.

Aux États-Unis, les pratiques sont différentes, car la spiritualité appartient officiellement aux groupes des médecines dites complémentaires et n'est pas considérée de façon étrange dans la pratique médicale. Le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), une unité de l'Institut National de Santé des États-Unis, définit la médecine complémentaire et alternative (MCA) comme faisant partie d'un ensemble de systèmes de soins, de pratiques et de produits médicaux qui n'appartiennent pas à la médecine conventionnelle. La prière est une des pratiques de la spiritualité la plus commune et fait partie des « Mind-body medicine » (Brown *et al.*, 2007; Tait, 2011) souvent usitée lorsque les personnes souffrent de problématiques de santé menaçantes pour leur vie. D'ailleurs Xing *et al.* (2018) confirment dans leurs travaux que « spirituality has been described as the most

commonly used complementary therapy by patients with cancer » (Ibid. p. 2). Le National Quality Forum (2006) et le National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009) comptent les soins spirituels parmi les huit lignes directrices de la pratique clinique, et encouragent les cliniciens à les incorporer dans leur routine.

Au Canada, la législation et les pratiques varient en fonction des provinces et des territoires, et la situation au Québec s'avère très particulière. La relation entre la spiritualité et la santé y est fortement teintée par le contexte historique, social et politique et mérite qu'on s'y attarde un peu plus.

Le contexte québécois

Dans cette partie, nous rappelons de manière très succincte les étapes de l'institutionnalisation des questions spirituelles dans le système de santé au Québec. Pendant de nombreuses années, l'accompagnement spirituel était régi par un service cléricale au sein des institutions hospitalières. C'est à partir des années 1970-1990 qu'on assiste à d'importantes transformations dans les pratiques d'accompagnement spirituel¹³. Plus précisément en 1975, un protocole est signé entre l'État et certains groupes religieux¹⁴. Ce protocole est reconduit en 2001 (Charron, 2013) puis suivi d'un cadre de référence¹⁵ pour en favoriser l'application au plan local ou régional. Notons qu'il n'existe pas de loi relative à la prise en compte de la spiritualité dans les services de santé. Ainsi, la spiritualité en santé « s'inscrit dans une perspective confessionnelle qui privilégie les communautés de foi traditionnellement impliquées dans ce secteur. »

¹³ https://resspir.org/wp-content/uploads/2018/11/Ch-10_Jobin.pdf consulté le 19 mai 2020

¹⁴ Les signataires sont le Ministère des Affaires sociales du Québec (actuel ministère de la Santé et des Services sociaux), l'Association des hôpitaux de la province de Québec (AHPQ), l'Assemblée des évêques du Québec (catholique), l'Église anglicane, l'Église Unie du Canada et le comité national des affaires religieuses du Congrès juif canadien.

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence pour l'organisation de la pastorale en établissements de santé et de services sociaux*. (2001)

(Charron, 2013, p. 102). Le fait de prendre en considération la spiritualité des patients dans la recherche de leur bien-être est une dimension explicitée à l'article 100 de la *Loi sur les Services de santé et les services sociaux* (LSSS). Le Protocole concrétise l'application de cet article qui stipule ce qui suit :

Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. (L.R. O., c.S-4.2, art 100). (Souligné par nous)

Spécifique à l'organisation des services de pastorale dans les établissements de santé au Québec, ce Protocole est un document qui considère que la réponse aux besoins spirituels et religieux des usagers passe par la nature des services de pastorale qui leur sont assignés. Y sont spécifiées la nature des services de pastorale et leurs modalités très concrètes de mise en œuvre (Charron, 2013, p. 101).

Le protocole a été dénoncé en 2007, et des *Orientations ministérielles pour l'organisation du service d'animation spirituelle en établissement de santé et de services sociaux* ont été publiées en février 2010. Bien que ces orientations soient assez récentes, ce n'est pas d'hier que la spiritualité se frotte au domaine médical au Québec. Jusqu'à la Révolution tranquille des années 1960, l'Église catholique occupait une place centrale dans la vie sociale et politique au Québec, incluant les établissements de santé administrés par les communautés religieuses. Après cette Révolution, la société québécoise a connu une sécularisation accélérée et radicale. L'affirmation de la laïcité de l'État comme « valeur fondamentale de la société québécoise » (Charte québécoise de la laïcité) est reconnue dans le langage courant.

Le contexte actuel est marqué par deux événements : la déconfessionnalisation du système scolaire en 2000 et les accommodements raisonnables en 2006-2007. Ils sont

suivis en 2017 par l'adoption du projet de loi 62¹⁶. Puis plus récemment en juin 2019 l'adoption du projet de loi 21 sur la laïcité et la neutralité de l'État. Ces événements ont prouvé que la question religieuse est d'une importance capitale au Québec. Elle l'est aussi quand il s'agit de la faire intervenir dans le système de santé, car comme le souligne Charron (2013, p. 104), « la religion, tel un gaz inodore et incolore, risque souvent de s'enflammer de façon inattendue et subite à la moindre occasion ».

Ainsi, en 2010, les Orientations ministérielles sont venues mettre à jour ce Cadre de référence en « tenant compte de l'émergence de nouveaux besoins dans la population, notamment sur le plan spirituel, et en prenant en considération la diversification de la clientèle » (MSSS, 2010, p. 4). Ces orientations sont en faveur d'un accompagnement « à la vie spirituelle et religieuse des personnes hospitalisées ou hébergées, à leur famille ainsi qu'à leurs proches [...] qui assure la dispensation des services de manière à respecter la liberté et la conviction de chaque personne » (Ibid., 2010, p. 5). Des soins spirituels sont ainsi consentis dans les institutions afin de combler les besoins spirituels et religieux des patients et de leurs proches. Ils sont dispensés dans plusieurs domaines des soins de santé, et portent sur les besoins spirituels et les besoins religieux à adresser, que le MSSS définit comme suit :

Les besoins spirituels, du latin spiritus - esprit, peuvent être définis comme ceux se rapportant au besoin de la personne de trouver un sens à sa vie, à ses souffrances et à sa mort. Les besoins spirituels font référence à une soif d'accomplissement sur le plan de l'âme : bonheur, paix, tranquillité, satisfaction intérieure. Les besoins religieux, du latin religere, sont définis comme faisant référence aux rites et aux symboles que nous utilisons pour exprimer notre foi et nos liens avec Dieu. Ils correspondent au besoin de la personne de rencontrer un Dieu ou un être suprême à travers les médiations précises. Ils font donc référence à l'appartenance, à l'intégration, à la cohérence, à l'actualisation, au contact avec le sacré, tout cela bien souvent

¹⁶ Le projet de loi 62 favorise le respect de la neutralité religieuse de l'État et vise notamment à encadrer les demandes d'accommodements pour un motif religieux dans certains organismes.

exprimé par des rituels. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, p. 6)

On peut y voir une ouverture ténue face à la spiritualité en santé. Pour ce qui est de ces besoins spirituels et religieux, ils sont davantage explorés dans plusieurs institutions sanitaires dont entre autres les soins de courte et de longue durée, en résidence, en santé mentale, et en soins palliatifs. Concernant les aînés, les centres d'hébergement des soins de longue durée (CHSLD) sont les structures qui accueillent généralement les personnes âgées dont l'état de santé nécessite des soins sur une longue période, et souvent dont la fin de vie est proche. La question de la spiritualité y est très présente et la recherche sur la spiritualité en pleine expansion dans une perspective interdisciplinaire.

Cependant officiellement, ce sont les intervenants en soins spirituels (ISS) qui sont tenus de prodiguer des soins spirituels dans les établissements de santé. Or, comme le notent Jobin *et al.* (2013), bien qu'il leur soit assigné un document dans lequel leurs compétences sont bien spécifiées, les mots « spiritualité » et « foi » n'y apparaissent pas, alors qu'ils se retrouvent dans les compétences des psychologues et des travailleurs sociaux. Ce sont ces deux professions qui ont clairement la possibilité dans leurs tâches de se pencher sur la spiritualité et la foi des patients par le biais des évaluations psychologique et psychosociale qu'ils établissent lors de leurs interventions.

Le Gouvernement québécois entend donc favoriser l'octroi des soins qui tiennent compte de la dimension spirituelle et religieuse des personnes, afin d'aboutir à des services globaux en collaboration avec les autres professionnels de santé.

Compte tenu de ce qui précède, aborder la question spirituelle ou religieuse dans un environnement institutionnel déclaré laïc soulève de nombreux enjeux au Québec. Positionner le débat sur la spiritualité dans les soins et services octroyés aux aînés au Québec mérite une attention particulière eu égard aux particularités sus évoquées.

Même si la spiritualité peut constituer une valeur ajoutée qui ouvre un cadre cognitif propice à la réduction de la souffrance des aînés, il nous semblait nécessaire dans cette thèse de mentionner la spécificité du contexte québécois de santé et services sociaux quant à l'octroi des soins de santé, notamment en lien avec la spiritualité.

Comme on peut le remarquer dans cette brève revue de littérature sur l'introduction de la spiritualité dans les services de santé, un amalgame est fait entre la spiritualité et la religion. Pourtant une investigation plus poussée montre que les deux concepts ne réfèrent pas à la même réalité, bien qu'ils soient souvent interchangeable dans différents ouvrages. Très souvent assimilée à la religion, à la religiosité, ou à la foi, la spiritualité est un terme polysémique qui semble très difficile à circonscrire et a été depuis de nombreuses décennies l'objet de plusieurs écrits qui lui donnent des définitions très variées. Si comme le mentionne Moal (2013) « la religion ne constitue plus pour les sociétés occidentales le cadre normatif et de référence qui ordonnait les comportements individuels et collectifs d'autrefois » (Ibid. p. 99), c'est parce que l'évolution sociale est caractérisée par l'émancipation des personnes, la recherche de plus d'autonomie et l'éclosion de nouvelles croyances. Aussi convient-il dans notre recherche qui entend mettre un accent particulier sur la spiritualité d'en faire la distinction d'avec des termes qui lui sont faussement substitués. S'il est assez aisé de dire ce que représente la religion ou la religiosité, cela s'avère moins évident pour la spiritualité aussi difficile à saisir que l'indique son étymologie à savoir « souffle », « vent ». D'où la section sur les définitions du concept de spiritualité dans le chapitre théorique qui suit.

Les deux sections que nous venons de présenter font ressortir d'une part qu'il existe un lien entre le vieillissement et la spiritualité, et que de nombreuses théories se sont développées pour expliquer comment les personnes âgées peuvent parvenir à une meilleure qualité de vie, même à la dernière étape de leur existence (Erikson, 1977, 1997; Tornstam, 1992, 1996). Elles révèlent d'autre part que la spiritualité dans les

institutions de santé est devenue un enjeu de société (Koenig *et al.*, 2012; Tait *et al.*, 2001; Sadler et Biggs, 2006; Monod-Zorzi *et al.*, 2006; Murray *et al.*, 2004; Okon, 2005; Puchalski, 2007; Sinclair *et al.*, 2006; Visser *et al.*, 2009; Fitchett et Canada, 2010). Cependant, la spiritualité dans les services de santé suscite des questionnements et des ajustements, et reste balisée dépendamment des pays, prouvant que la spiritualité et la santé se côtoient, comme nous l'avons développée plus haut.

Nonobstant le fait que la spiritualité en lien avec la santé est une réalité de plus en plus présente dans la société, il s'avère que le sens donné à la spiritualité peut varier non seulement d'une personne à une autre, mais aussi en fonction de la communauté culturelle à laquelle on appartient. Notre étude est à la croisée de la spiritualité et de l'ethnicité, du fait qu'elle porte une attention au point de vue des personnes âgées qui résident au Québec et sont nées aussi bien ici qu'ailleurs. À cet effet, nous avons jugé opportun d'approfondir notre revue de littérature sur la spiritualité en contexte multiethnique. Mais au préalable nous relevons l'importance de la population immigrante au Québec dont la présence nous laisse présumer de la multitude des us et coutumes, des croyances et même des spiritualités, sachant comme le notent Koenig *et al.* (2012) que dans leur déplacement géographique dû à la migration, les personnes drainent avec elles leurs valeurs, leurs racines culturelles et traditionnelles. De plus il appert que les pratiques religieuses se transforment sous l'influence du mouvement migratoire (Rachédi, 2008) et « du contexte prévalant dans le pays d'accueil » (Ibid. p. 43). Comment ne pas porter une attention particulière à la spiritualité dans un tel mitan? Le développement qui suit abonde dans cette optique.

1.3 Vieillesse, spiritualité et santé en contexte multiethnique

Le contexte sociodémographique particulier du Québec mérite qu'on s'y attarde dans une recherche comme la nôtre. Le Québec se caractérise par une réalité sociodémographique très singulière. En effet, l'immigration fait partie des priorités

gouvernementales du Québec (Rachédi, 2008) et au cours de la dernière décennie, le nombre d'immigrants a constamment augmenté. Par exemple, en 1984, 14 000 immigrants ont été accueillis au Québec, un chiffre qui est passé à 53 000 en 2018 (Plan d'immigration du Québec, 2018). Si au départ les premiers immigrants venaient majoritairement de l'Europe et de l'Asie, l'immigration a évolué vers les pays en voie de développement, dont ceux de l'Afrique. Les admissions planifiées pour 2018 étaient réparties selon le continent de dernière résidence comme suit : Afrique, 27 %; Amérique, 14 %; Asie, 41 %; Europe, 18% (Plan d'immigration du Québec, 2018). En 2011, la population canadienne comptait 20,6 % de personnes immigrantes (ENM, 2011). Les politiques relatives à l'immigration instaurées par le MICC¹⁷ prévoient d'augmenter le nombre annuel d'immigrants admis au Québec (Plan d'immigration du Québec, 2020, p. 5).

D'une manière générale, le Québec compte parmi les provinces qui reçoivent le plus grand nombre d'immigrants et passe en deuxième position juste après l'Ontario (Institut de la statistique du Québec, 2012). Entre 2009 et 2013, 68,6 % des immigrants avaient moins de 35 ans (MIDI, 2014), et la catégorie regroupement familial s'élevait à 20,5 %. Même si les personnes immigrèrent à un âge relativement jeune, elles font venir par la suite leurs parents et grands-parents, augmentant par la même occasion le nombre de personnes âgées dans une population vieillissante. Parmi les 17,5 % de la population québécoise âgée de 65 ans et plus, 29 % étaient immigrants en 2015 (INSPQ, 2015). Ce chiffre a considérablement augmenté et les données récentes montrent qu'à Montréal, ville dans laquelle s'installent la plupart des personnes à leur arrivée, 42% des aînés sont des immigrants (Rose, 2019). La population québécoise en général et la

¹⁷ Ministère de l'immigration et des communautés culturelles aujourd'hui ministère de l'immigration, de la diversité et de l'inclusion.

population âgée en particulier se démarque alors par un environnement social caractérisé par une diversité ethnique évidente.

La croissance de la proportion d'immigrants au sein de la population québécoise n'est pas sans conséquence puisqu'elle a une influence sur l'hétérogénéité des croyances et des religions. En effet, l'immigration a contribué à l'augmentation des groupes ethnoculturels appartenant aux religions musulmane, hindoue, sikhe, bouddhiste, ainsi que d'autres croyances et des personnes n'ayant aucune appartenance religieuse ou spirituelle. En 2011, près de 7,2 % de la population canadienne a déclaré appartenir à l'une d'elles, notamment 3,2 % de musulmans, 1,5 % d'hindoues, 1,4 % de sikhs, 1,1 % de bouddhistes et 1,0 % de juifs (ENM, 2011). C'est donc une société constituée d'une pléthore de peuples ayant des religions et des croyances diverses allant des us et coutumes aux spiritualités diversifiées, qui caractérise le Québec (Jobin, 2011).

Les aînés appartenant à une culture autre que celle des natifs « transportent » dans leur migration leurs croyances et valeurs religieuses et spirituelles (Cochrane, 2006; Koenig *et al.*, 2012) qu'on assimile parfois à la spiritualité. Selon les conclusions de diverses recherches auxquelles nous allons nous référer, l'appartenance à une communauté ethnique ou religieuse peut conditionner la perception ou le sens que les aînés peuvent avoir de la spiritualité, et le lien qu'elles font avec la santé. Il est donc nécessaire, au moment de réfléchir sur le lien entre le vieillissement, la spiritualité et la santé, de tenir compte de cet aspect de l'environnement démographique particulier du Québec marqué par un pluralisme culturel et religieux qui soulève de nombreux défis. Simard (2006) mentionne d'ailleurs la difficulté supplémentaire induite par la spécificité de l'immigration qui est celle du Québec.

Ainsi, en contexte d'immigration, la spiritualité serait plus significative et pourrait même influencer la conception de la santé et des soins des personnes âgées immigrantes (Meadows *et al.*, 2001; Tait *et al.*, 2011; Koenig *et al.*, 2012) précisent que la

spiritualité peut consister en des rites et des pratiques peu orthodoxes comparativement à ce qui se fait en Occident. C'est en regard de ces constats que nous abordons maintenant ce que soutiennent différents chercheurs quant à la spiritualité et les spécificités des communautés ethniques, c'est-à-dire des personnes qui ne sont pas nées au Canada.

Spiritualité et communautés ethniques

Plusieurs chercheurs (Lacombe et Clarkson, 2000; Le Gall *et al.*, 2012; Koenig *et al.*, 2012) estiment que le rapport à la santé et à la spiritualité n'est pas le même selon qu'on est originaire d'Afrique, d'Asie, d'Europe ou d'Océanie, où différents comportements et traditions ont des répercussions sur la santé et la conception de la santé. Ils soutiennent que les multiples doctrines et pratiques auxquelles adhère un individu peuvent modifier son rapport à la santé, et même interférer sur les interventions des professionnels de santé. Moberg (2008) spécifie par ailleurs que des traditions du pays natal sont susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé et sur la conception de la santé une fois qu'on est en terre d'accueil, et peuvent varier au sein et d'une culture à une autre: « Perceptions and definitions of spirituality vary widely within and between cultures ». (Ibid. p. 98)

Quelques études en témoignent. Aux États-Unis, Nelson-Becker (2003) s'est intéressée à la conception de la spiritualité des aînés afro-américains et euro-américains, et au rôle qu'elle joue dans leur vie. Elle constate en premier que les vocables religion et spiritualité naviguent ensemble dans le discours des personnes âgées interrogées et que parfois ces deux termes ne se disjoignent pas. Les Afro-Américains dissocient moins la religion de la spiritualité, tandis que les Euro-Américains différencient les deux vocables. Pour ce qui est de l'importance accordée à la religion dans leur vie, la grande majorité (environ 80 %) des personnes âgées, indépendamment de leur appartenance ethnique, déclarent que la spiritualité et la religion sont importantes pour eux.

Soonhee *et al.* (2013) se sont intéressés à cette question auprès des aînés d'origine coréenne vivant aux États-Unis, et ont examiné le lien qui pourrait être fait entre la spiritualité et leur bien-être. Leur recherche quantitative a rejoint 177 aînés immigrants coréens de 65 ans et plus vivant dans la communauté et ayant des facultés cognitives suffisantes pour comprendre et remplir le formulaire. Sur la base de quatre hypothèses, ils parviennent à la conclusion que la spiritualité est très positivement associée au bien-être des aînés immigrants coréens. Des éléments de la spiritualité se retrouvent selon eux dans le support social, et favorisent le bien-être des immigrants âgés coréens.

Quelques années auparavant, des recherches ont été menées en vertu des appartenances religieuses des participants. Chao *et al.* (2002) ont entrepris une recherche auprès de patients bouddhistes et chrétiens âgés de 20 à 83 ans atteints d'un cancer terminal. Ils les ont interrogés sur le sens et l'essence de leur spiritualité. Les résultats obtenus mettent de l'avant que le terme spiritualité est « abstrait et vague » pour ces personnes et qu'il est quasiment inexistant dans leur vocabulaire. Pourtant, on retrouve dans leur environnement des composantes de la spiritualité qui sont les mêmes que celles identifiées dans les pays occidentaux, mais ce sont les termes utilisés pour l'exprimer qui diffèrent. Ceci nous renseigne sur une éventuelle difficulté induite par le terme « spiritualité » que nous avons l'intention d'explicitier avec des aînés issus de l'Asie et qui pourraient appartenir à la religion bouddhiste. D'où notre vigilance ultérieure durant la conduite des entrevues avec nos répondants. De leur côté, Cohen *et al.* (2008) ont interrogé des personnes âgées de différentes communautés religieuses (juive, protestante et catholique) caucasiennes et Afro-Américaines pour connaître le sens qu'elles donnent à la spiritualité et à la religion. Leurs travaux concluent également que l'appartenance ethnique influence le lien que des personnes entretiennent avec la spiritualité. D'après eux, la spiritualité revêt une signification culturelle particulière pour les aînés, et ce depuis toujours : « [for the elders it has] a cultural and ethnic variations and [an] historical significance » (Ibid. p. 297). À la lumière de leurs travaux, ils recommandent que les professionnels de la santé, notamment les travailleurs sociaux

ne restent pas indifférents à la place qu'occupe la spiritualité dans le quotidien des aînés des autres communautés culturelles qu'ils sont amenés à aider.

D'autres auteurs ont davantage subdivisé leur recherche en faisant des différences suivant le genre, l'âge et l'ethnie. C'est le cas de Tait *et al.* (2011) qui ont conduit une recherche sur la spiritualité auprès de personnes âgées afro-américaines, hispaniques et « blanches ». De façon hiérarchisée, ils font ressortir que la prière est plus prisee par les Afro-Américains, qui l'intègrent davantage que les Blancs dans leur stratégie d'adaptation face à la maladie et pour rechercher la guérison :

Compared with whites, African Americans were much more likely to: report prayer was frequently used to cope with illnesses; report praying for healing; believe in faith healing and miracles; believe that physicians act as an instrument of God to promote healing; and prefer life-sustaining treatments. (Ibid. p. 341)

Ils soutiennent aussi que comparés aux Blancs, les Hispaniques utilisent davantage la spiritualité, en l'occurrence la prière comme thérapie quand ils sont souffrants. « Hispanics are also more likely to pray for health than whites [...]. Spirituality and prayer are important components in healing therapies ». (Ibid. p. 341)

Parallèlement, les auteurs précisent que les femmes sont les plus nombreuses à en faire usage: « Women [are] more likely to pray for health than men » (Ibid. p. 357). Dans l'ensemble, Tait et ses associés (2011) promeuvent l'intérêt croissant des personnes vieillissantes pour la spiritualité en santé, mais disent qu'il serait plus prononcé chez les peuples autres que les Américains de souche. Enfin, de leur côté, Koenig *et al.* (2012) ont analysé les attitudes des personnes âgées des autres communautés culturelles confrontées à des problèmes de santé ou à toute autre difficulté. Plus précisément, ils ont examiné l'implication de l'engagement religieux et laïc des personnes âgées africaines sur leur qualité de vie et sur leur perception de la vieillesse. Ils déduisent que pour ces personnes, notamment pour les femmes, la religion est vitale

pour faire face aux difficultés en vieillissant et que la spiritualité est une ressource qui influence à la fois leur santé et leur conception de la maladie.

Au Québec, la recherche de Lacombe et Clarkson (2000) sur quelques communautés culturelles, notamment les Haïtiens, les Maghrébins et les Latino-américains, montre également qu'elles sont plus nombreuses que l'ensemble de la population québécoise à « croire en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale et à fréquenter un lieu de culte plus d'une fois par mois au cours d'une période de 12 mois » (Ibid. p. 327). Ils rejoignent ainsi les conclusions des chercheurs mentionnés précédemment. La spiritualité dans ces groupes sociaux pourrait aussi favoriser le bien-être psychologique ; elle serait aussi efficace pour faire face à la détresse et en diminuer les effets négatifs sur la santé. Cela se vérifiera-t-il auprès de nos répondants? Les Canadiens de souche sont-ils moins portés à se tourner vers les ressources spirituelles quand surviennent les épreuves de la vie et du vieillissement, la souffrance ou la maladie? Ce sont autant de questions qui alimentent notre démarche et dont les réponses viendront confirmer ou infirmer ces résultats.

1.4 Synthèse des connaissances et objectifs de recherche

Le développement que nous venons de faire met de l'avant que la multitude des lieux d'origine ou de provenance, des moments d'arrivée (migration à un jeune âge ou un âge avancé), des pratiques religieuses (catholique, juive, bouddhiste, etc.), des valeurs et croyances diversifiées, participe de l'hétérogénéité du portrait des aînés du Québec. De l'avis de différents chercheurs, les valeurs, les attitudes et les traditions culturelles propres à certaines personnes âgées non natives du Canada se répercutent sur leur identité et façonnent leur conception de la spiritualité. Cette dernière représente une valeur importante, voire centrale dans leur vie et la façon de l'appréhender pourrait influencer sur leur santé. Aussi, dans notre recherche, la prise en compte des caractéristiques ethniques des aînés s'avère nécessaire (Torrès, 2006; 2008), ce

d'autant plus qu'elle met en lumière le pluralisme de croyances qui impacte le rapport à la spiritualité et à la santé. Il ressort de notre revue de littérature que les personnes appartenant à une culture autre que celle des natifs « transportent » dans leur immigration leurs croyances et valeurs religieuses ou spirituelles (Cochrane, 2006; Koenig *et al.*, 2012). Les habitudes, coutumes et croyances des aînés susceptibles d'influencer leur perception de la spiritualité, de même que leur conception de la santé, ne doivent pas être ignorées, si tant il est que « ethnicity may differentially influence religiosity or spirituality » (Seifert, 2002, p. 62). Comment les personnes âgées du Québec conçoivent-elles la spiritualité? Quels liens font-elles entre la spiritualité et la santé ? Y a-t-il une différence dans les conceptions de la spiritualité selon le groupe ethnique duquel une personne âgée est issue? Et enfin les aînés natifs sont-ils moins susceptibles de recourir à la spiritualité que les aînés immigrants?

Dans cette étude doctorale, la spiritualité en lien avec la santé des personnes âgées sera examinée en prenant en considération la diversité ethnique et religieuse qui prévaut au sein de la population québécoise.

À la lumière des écrits que nous venons de présenter, on peut constater qu'il existe une importante littérature qui établit une association entre le vieillissement, la spiritualité, la santé et la culture d'origine. Plus spécifiquement, notre revue de littérature met en évidence les faits saillants suivants :

- La spiritualité est une dimension qui prend de l'importance en vieillissant et s'inscrirait dans la théorie dite de la gérotranscendance;
- La spiritualité peut avoir des répercussions aussi bien positives que négatives sur la santé des personnes qui en font l'expérience;

- La conception de la spiritualité peut varier selon l'appartenance ethnique et religieuse;
- Le contexte québécois de l'organisation et de la dispensation des soins est dominé par le modèle biomédical qui s'avère prudent quant à l'introduction de la spiritualité dans les soins, bien qu'une timide percée soit amorcée;
- La majorité de la littérature savante sur la spiritualité et la santé provient du milieu anglo-saxon et porte surtout sur des personnes en fin de vie ou souffrant de maladies mentales ou graves.

En regard de notre revue de littérature et fort des constats qui en découlent, la spiritualité des personnes âgées et le lien avec leur santé devient la pierre angulaire de nos travaux. Notre recherche se propose d'adopter une approche intégrée et préventive de la santé en nous intéressant aux personnes âgées qui mènent une vieillesse « normale », c'est-à-dire qui ne souffrent pas d'une maladie aiguë ou qui ne sont pas en fin de vie. Comme le mentionnent Mazzocato et David (2008), l'aspect spirituel influence également les individus qui ne sont pas en état de crise. L'exposé précédent montre que les personnes atteintes de maladie menaçant leur vie, ou admises dans des établissements de soins palliatifs ou encore fin de vie, ont fait l'objet de moult recherches. Voulant nous distancier de ces études et les compléter, et sachant que la spiritualité occupe une place dans la vie des aînés (Torstam, 1995; Erikson, 1963) et qu'elle peut avoir divers effets (positifs et négatifs) sur la santé, la présente recherche vise à explorer davantage cette réalité humaine selon le point de vue des personnes âgées elles-mêmes.

Nous estimons qu'il est ainsi opportun de connaître le sens que les personnes âgées, natives ou immigrantes et vivant une vieillesse « normale », donnent à la spiritualité, et d'explorer le lien qu'elles font entre la spiritualité et la santé selon une perspective

interactionniste et une approche interculturelle. Plus spécifiquement, cette étude a pour objectifs de :

- Connaître le sens que les personnes âgées donnent à la spiritualité;
- Explorer le lien entre la spiritualité et la santé selon les personnes âgées;
- Analyser les éléments de convergence et de divergence dans les points de vue des personnes âgées interrogées, selon diverses caractéristiques : genre, âge, origine ethnoculturelle, appartenance à un groupe religieux, etc. ;
- Alimenter le débat sur la place de la spiritualité dans les services sociaux et de santé au Québec.

Des orientations théoriques et définitions conceptuelles adéquates, ainsi qu'une méthodologie qualitative appropriée faciliteront l'atteinte de ces objectifs de recherche.

L'importante revue de littérature réalisée dans ce chapitre vient appuyer la pertinence sociale et scientifique de notre recherche. Concernant sa pertinence sociale, cette étude est novatrice parce qu'elle porte sur un groupe social peu investigué par les chercheurs en sciences sociales ou même en santé : les personnes âgées. Outre cela, elle englobe les aînés des différentes communautés ethnoculturelles. Malgré leur nombre croissant, ils sont sous-représentés dans la recherche (Wray, 2003; Koenig, 2001). La méconnaissance des réalités des aînés immigrants est une lacune observée dans la littérature gériatrique (Charpentier *et al.*, 2010) et notre étude favorisera l'ouverture à des connaissances inédites sur les besoins de ces personnes.

La littérature scientifique contemporaine révèle aussi que la recherche sur la spiritualité et son lien avec la santé est un champ novateur au Québec et dans le monde. Si

nombreuses recherches quantitatives ont été menées sur ce sujet, on note une absence d'études ayant une méthodologie qualitative pour documenter et comprendre le lien entre la spiritualité et la santé comme le recommandent Boston *et al.* (2001).

Pourtant la place de la spiritualité dans les interventions médicales au Québec est d'actualité et suscite beaucoup de questionnements quant à la manière dont elle pourrait s'intégrer ou non pour satisfaire les besoins des patients en général et des personnes âgées en particulier. Nous observons aussi que la majorité des études quantitatives recensées ont adopté une perspective culturelle occidentale reposant sur des traditions religieuses usuelles telles le christianisme (Tamini, 2015). Nous entendons dans notre recherche nous pencher sur des groupes sociaux ayant un arrière-plan culturel différent susceptible d'ouvrir à des approches spirituelles nouvelles qui peuvent impacter autrement leur santé.

Ainsi, notre recherche exploratoire et qualitative apportera un plus dans le débat actuel sur la pertinence de la prise en compte ou non de la spiritualité dans les soins de santé au Québec. En effet, il n'y a presque pas d'études québécoises qui se sont penchées de manière spécifique sur la question de la spiritualité dans les interventions en santé Legall *et al.* (2011) et auprès des personnes âgées de différentes communautés ethnoculturelles en particulier. Notre étude pourra combler ce vide. Nous avons constaté aussi dans notre recension des écrits que la majorité des articles sur le thème relatif à la spiritualité et la santé provient de la littérature anglo-saxonne. Notre recherche viendra enrichir le nombre restreint des études francophones qui ont abordé le sujet.

De plus, malgré le nombre important de recherches portant sur la spiritualité, la majorité, sinon toutes ne prennent pas en compte le point de vue des personnes âgées. Comme le disent Jackson *et al.* (2016): «We found many definitions of [...] spirituality in the literature, but none specifically for aged care. » (Ibid. p. 13) Notre recherche,

originale et innovante à cet égard, a le mérite de faire entendre la voix des aînés, de leur donner la parole pour qu'ils parlent eux-mêmes du sens qu'ils donnent à la spiritualité et du lien qu'ils font avec la santé. Elle pourra aider à mieux connaître le point de vue des personnes âgées nées au Canada et ailleurs, et apporter une vision nouvelle dans les pratiques d'intervention qui leur sont destinées.

La diffusion des résultats pourrait aussi avoir des retombées concrètes sur les pratiques d'intervention. Notre contribution originale enrichira non seulement les connaissances des chercheurs et géranto-géiatres, mais aussi celles des intervenants de la santé et des services communautaires. Elle pourrait avoir des retombées concrètes sur la pratique, et particulièrement sur le travail social en contexte multiethnique.

Toutes ces raisons viennent justifier la pertinence de cette recherche originale à la croisée du vieillissement, de la spiritualité, de la santé et de l'ethnicité.

CHAPITRE II ORIENTATIONS THÉORIQUE ET CONCEPTUELLE

2.1 Orientations théoriques

La question du sens donné à la spiritualité par les personnes âgées et du lien qu'elles font avec la santé, ainsi que la place qu'elle occupe dans les soins et services qui leur sont dispensés peut être abordée à travers de multiples perspectives théoriques : fonctionnaliste, postmoderniste, développementale ou psychodynamique, de divers milieux socioculturels, de diverses conditions de santé, etc. Nous intéressant au point de vue des personnes âgées appartenant à des groupes ethniques variés, notre démarche s'appuie sur un cadre d'analyse fondé sur l'interactionnisme symbolique et sur l'approche interculturelle. La complexité de notre objet de recherche nous pousse à nous inscrire dans une mouvance constructiviste qui appelle à plusieurs positionnements, dont l'intégration de l'acteur dans la construction de sa réalité sociale. Cette facette d'analyse subjectiviste est incluse dans la perspective interactionniste qui a l'avantage en même temps de considérer l'aspect d'ensemble et d'interaction entre les participants que nous interrogeons. Nous adhérons ainsi à une vision qui prend en considération la réalité des personnes âgées telle que perçue par elles-mêmes et le contexte culturel qui est le leur.

2.1.1 L'interactionnisme symbolique

La perspective interactionniste facilite l'appréhension du sens que les personnes âgées peuvent donner à la spiritualité. Rappelons que le but de notre recherche est de

comprendre le sens que les personnes âgées du Québec donnent à la spiritualité, et le lien qu'elles font avec la santé.

L'interactionnisme est un courant de pensée instauré par deux générations de sociologues de l'Université de Chicago de 1920 à 1940 et de 1950 à 1960 qui mettent de l'avant les perspectives interactionnistes de la Tradition de Chicago promouvant une nouvelle façon de concevoir les problèmes sociaux en termes d'interactions (Poupart, 2011). Ce paradigme se décline en plusieurs tendances interactionnistes qui sont toutes en faveur du « retour de l'acteur » en recherche (Touraine, 1984).

C'est Mead¹⁸ qui fut le principal artisan de l'interactionnisme. À sa mort en 1931, la popularité de ses cours de psychologie sociale à l'École de Chicago incite un de ses étudiants, Blumer à prendre la relève de cet éminent sociologue. Il clarifie les fondements de sa pensée et crée en 1937 le label « interactionnisme symbolique ». Selon Blumer (1969), l'interactionnisme symbolique repose sur trois principes fondamentaux :

- Les êtres humains agissent envers les choses sur la base du sens qu'elles ont pour eux. Forts de ce premier principe, nous examinerons quel sens revêt la spiritualité pour les aînés que nous allons interroger et quelle place elle occupe dans leur vie.
- La signification de ces choses dérive et émerge de l'interaction avec autrui. Dans le cadre de notre recherche, l'interaction avec autrui se fait au sein des groupes de discussion qui rassemblerons des aînés issus d'une même communauté. Cette stratégie est décrite plus en détail dans le chapitre relatif à la méthodologie de la recherche. La prise en considération de ce deuxième principe nous amène à

¹⁸ (1863-1931)

embrasser un des points forts de l'interactionnisme symbolique qui est le « rendre compte » et le « tenir compte ».

- Le sens est traité et modifié par un processus d'interprétation des choses, auquel a recours la personne qui a affaire à celles-ci (Blumer, 1969). Ce dernier principe se scinde en deux propositions : d'abord « l'acteur s'indique à lui-même les choses envers lesquelles il agit », ensuite « en vertu de ce processus de communication avec soi-même, l'interprétation devient une affaire de traitement de sens » (Ibid. p. 2).

La question de sens est donc fondamentale dans l'interactionnisme symbolique, et rejoint l'objectif que nous nous fixons de connaître le sens que les personnes âgées donnent à la spiritualité, et le lien qu'elles font avec leur santé. Nous prenons comme assise que la conception que chacun a de la spiritualité et de la santé se construit en interaction avec son environnement selon son contexte social, ethnoculturel, religieux, générationnel, etc. Ceci justifie que notre modèle d'analyse s'inspire ainsi de l'interactionnisme symbolique.

Ce positionnement cadre avec notre approche de recherche qualitative, l'instrument de collecte des données, et l'analyse inductive que nous retenons pour nos travaux. Certains postulats de l'interactionnisme symbolique qui s'arriment bien avec notre recherche ont ainsi retenu notre attention. Tout d'abord nous notons que c'est une « approche pragmatique qui accepte les postulats constructivistes », et rejoint notre préoccupation de co-construction de la réalité de la spiritualité avec les personnes âgées. Notre intérêt pour l'interactionnisme symbolique est sous-tendu par notre perspective ultérieure d'analyse des interactions entre les personnes âgées qui participeront aux groupes de discussion.

De plus, les principes fondamentaux de l'interactionnisme symbolique, « le rendre compte » et « le tenir compte », nous semblent indispensables pour notre analyse à cause des préceptes qu'ils véhiculent.

D'un côté le « rendre compte » permet de décrire minutieusement les propos des acteurs tout en ne perdant pas de vue tout ce qui est susceptible de les influencer (Poupart, 2011). L'acteur et le chercheur sont co-constructeurs dans la démarche. Ainsi non seulement le « rendre compte » permet d'insérer entièrement l'acteur dans la construction de sa réalité, mais aussi d'intégrer le chercheur par la stratégie de recherche privilégiée par cette théorie, notamment l'entrevue de groupe, comme nous le verrons dans la méthodologie choisie. L'entrevue de groupe se présente comme un cadre où sont menées des activités réflexives où la co-construction de l'objet de recherche est une préoccupation du chercheur. Cet objectif nous ouvre à une attitude discursive adoptée pour capter le plus précisément possible les points de vue des personnes âgées que nous allons interroger.

De l'autre côté, le « tenir compte » selon le paradigme interactionniste, efface toute possibilité d'ignorer le sens ou la signification que l'acteur, en l'occurrence, la personne âgée du groupe de discussion donne à sa réalité, ou la façon dont elle définit sa situation (Thomas, 1923).

L'expression « tenir compte » veut dire prendre en considération la signification que les acteurs attribuent à la réalité dans laquelle ils évoluent (Thomas, 1923). Certes, leur définition d'une situation peut différer de la réalité, mais elle peut influencer leur façon d'agir : « If men define situations as real, they are real in their consequences » (Thomas et Thomas, 1928, p. 572). De notre point de vue, la façon dont les personnes âgées conçoivent la spiritualité influence leur comportement et même le lien qu'elles font ou non avec la santé. Le « tenir compte » implique aussi de considérer « les conditions

susceptibles d'influencer les expériences et les trajectoires de chacun » (Poupart, 2011, p. 183), qui en regard de la diversité d'origine de nos participants sont réelles.

Dans le cadre de notre étude, notre posture interactionniste nous aide à la fois à avoir un regard subjectiviste qui se centre sur le principal acteur qu'est la personne âgée, et un regard objectiviste qui considère les conditions objectives qui influencent l'interprétation et le sens que les personnes âgées donnent à la spiritualité d'une part, et le lien qu'elles font avec la santé d'autre part. L'approche discursive qu'elle dégage nous permet d'analyser les échanges issus des interactions entre les personnes âgées des différentes communautés regroupées ensemble. Elle facilite l'examen de leurs préoccupations « tacites » quant aux attentes qu'elles ont ou non par rapport à la place de la spiritualité dans les soins et services qui leur sont prodigués.

Dans ce « tenir compte », la « vigilance épistémologique » que recommandent Bourdieu *et al.* (2005) est de mise. Elle nous invite à adopter une certaine distanciation vis-à-vis des interprétations et des discours que les personnes âgées donnent de la spiritualité. Les auteurs nous mettent en garde contre la confusion à ne pas faire entre la réalité d'un phénomène ou d'une situation, et la représentation que les acteurs interrogés en font. Nous n'avons pas la prétention de vouloir saisir entièrement la complexité d'un phénomène comme la spiritualité. Ce que nous espérons c'est au final avoir fait de la recherche « avec » des personnes âgées du Québec et non « sur » des personnes âgées, la première disposition étant inclusive et la seconde exclusive.

L'interactionnisme symbolique est une perspective qui peut s'appliquer dans moult champs de recherche, dont celui de la gérontologie sociale sur lequel nous portons notre réflexion. Ce qui nous encourage à l'adopter.

Dans le contexte de mouvance sociale et de diversité des personnes âgées au Québec, un des grands intérêts de l'interactionnisme symbolique est de permettre le

développement d'un nouveau réalisme (en ayant une approche pragmatique), mais sans tomber dans l'erreur objectiviste, puisqu'il reconnaît et accepte les postulats constructivistes. Au final nous adoptons une lunette qui d'un côté tient compte de l'analyse singulière faite par chacun des participants qui construit sa propre réalité et vision de la spiritualité, et qui de l'autre privilégie les échanges qui se font dans l'interaction entre les participants. L'interactionnisme symbolique est une posture qui s'avère fondamentale pour notre analyse. Cependant, étant donné la composition plurielle de la société dans laquelle évolue la frange de la population à l'étude, il nous a semblé judicieux d'examiner également nos données sous un angle qui considère la particularité de sa diversité culturelle. L'approche interculturelle choisie facilite ainsi la prise en compte de la différence culturelle dans l'interaction entre les acteurs lors de nos analyses.

2.1.2 L'approche interculturelle

C'est en 1976 que pour la première fois le mot « interculturel » est utilisé pendant la Conférence de l'UNESCO¹⁹ à Nairobi, pour mettre de l'avant la diversité culturelle et résoudre les conflits dans un esprit de respect et de tolérance. Selon Cohen-Émerique (1993), cette approche « se fonde sur le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système de valeurs et de ses besoins. » (Ibid. p. 71) Notre objectif général de recherche est de connaître le sens que les personnes âgées du Québec donnent à la spiritualité, et le lien qu'elles font avec la santé. L'approche interculturelle reconnaît la composition plurielle de la société et permet de considérer la particularité et la singularité de la population âgée que nous allons étudier en ce qui a trait à son origine

¹⁹ United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, institution spécialisée de l'Organisation des Nations Unies, constituée en 1946 pour protéger les libertés humaines et développer la culture.

ethnique. Cette assise théorique a inspiré plusieurs études gérontologiques (Wray, 2003; Torrès, 2006, 2008).

Ces études révèlent que les valeurs et considérations culturelles des groupes étudiés ont des répercussions qui conduisent à des différences notoires sur les expériences de chacun. Selon nous, ces dissemblances peuvent déteindre sur la conception de la santé, et par ricochet sur la perception de la spiritualité qui est notre principal point de mire. Dans cette optique qui va plus loin que le multiculturalisme où « l'accent est mis sur la reconnaissance des différences ethniques, religieuses, migratoires, sexuelles, etc. » (Abdallah-Pretceille, 2017, p. 28), l'approche interculturelle accorde une importance particulière à l'échange, l'interaction et la reconnaissance réciproque, et s'arrime aussi avec l'interactionnisme symbolique que nous avons développé dans la section précédente. Comme nous l'avons montré antérieurement, la société québécoise vieillit et ce vieillissement se vit dans la diversité entre autres des mœurs, des cultures, des langues. La reconnaissance de cette altérité s'impose dans notre recherche pour faciliter l'ouverture à des différences culturelles variées. Nous faisons nôtre l'assertion de Bouchard (2011) selon laquelle « L'interculturalisme plaide [...] en faveur de l'intégration, ce qui permet de mieux voir la nécessité des interactions et des rapprochements » (Ibid. p. 412). Il est nécessaire à notre avis de prendre en compte ces réalités pour chercher à connaître le point de vue des personnes âgées nées ici et ailleurs sur une problématique comme celle de la spiritualité et de son lien avec la santé.

Un cadre théorique relevant de l'interactionnisme symbolique et de l'interculturel nous permet de constater qu'il est possible d'examiner la spiritualité sous un angle qui englobe à la fois les contextes sociaux et le point de vue du sujet. Ce choix a des implications sur la conduite de nos travaux, notamment au niveau de la méthode de recherche et des critères de validité à respecter. Nous les aborderons dans la section qui présente notre méthodologie de recherche.

2.2 Éléments conceptuels fondamentaux

Nous rappelons que notre objectif de recherche est de connaître le sens que les personnes âgées du Québec donnent à la spiritualité, ainsi que le lien qu'elles font entre la spiritualité et la santé. Cependant, la définition du terme « spiritualité » a été et demeure encore un véritable défi pour les chercheurs en sciences sociales, en santé et même en théologie, domaine duquel elle est issue. Bien que couramment usité dans la recherche scientifique, il reste difficile à cerner. Dans notre recherche, nous avons focalisé notre attention sur les approches et définitions proposées par des chercheurs œuvrant dans les champs de la santé en général, des soins infirmiers et du travail social en particulier, tout en ayant en esprit que notre objet d'étude demeure l'intervention auprès des personnes âgées. En regard de la multiplicité des formes que peut revêtir ce vocable, plusieurs auteurs (Zinnbauer *et al.*, 2005) encouragent les chercheurs dont les travaux couvrent le concept de spiritualité à relever le défi de le circonscrire dans le cadre des investigations envisagées. Le développement qui suit va dans ce sens.

Dans l'imaginaire collectif, la spiritualité et la religion sont des notions souvent apparentées. Aussi la première partie de cette section, traite succinctement de la définition de la religion, dans le but de la distinguer de la spiritualité. Dans la deuxième partie, nous arborons quelques travaux qui suggèrent les variantes de définition de la spiritualité (dans la santé). En effet, nous avons choisi de nous attarder sur les définitions qui ont été développées par les chercheurs issus du domaine de la santé, un de nos objectifs étant d'explorer le lien entre la spiritualité et la santé selon les aînés canadiens nés au Canada ou ailleurs. Suite à cela, nous présentons la définition que nous adoptons pour nos travaux de recherche. La dernière partie décrit de quelle manière nous opérationnalisons la spiritualité à partir des éléments conceptuels retenus.

2.2.1 La religion par rapport à la spiritualité

Pendant longtemps et même pour des auteurs contemporains, la spiritualité et la religion sont interchangeables (Koenig, 2009 ; Moberg, 2008). C'est au 20^e siècle qu'apparaît une distinction nette entre les deux vocables.

Dans son sens conventionnel, religion du latin *religare*, racine du mot *religion*, est très souvent mise en lien avec la spiritualité, du latin « *spiritus* » qui signifie « souffle », soit le souffle de vie. La religion ou la religiosité est associée à l'aspiration à se « relier » éventuellement à un être humain ou à une puissance plus grande (Cohen *et al.*, 2012). Dans certains écrits, les auteurs l'assimilent aussi à la culture et aux croyances. Pourtant ces terminologies ont des significations bien distinctes et réfèrent à des réalités différentes, ainsi que le montrent certains auteurs.

Breton (1992) par exemple accole la religion à l'ensemble des croyances et des pratiques qu'on retrouve à l'intérieur de tout regroupement de personnes, ou de toute organisation confessionnelle. Pour Koenig (2001, 2009), qui va dans le même sens, la religion représente une institution formelle : « an institutional, formal, outward, doctrinal, authoritarian, inhibiting expression »²⁰ (Ibid. p. 98) qui inclut des activités religieuses organisées (organized religious activities : ORA) ou non (Non organized religious activities, NORA) (Koenig et Büssing, 2010). Ces activités peuvent n'avoir aucune relation avec une quelconque divinité ou être adressées à des divinités monothéistes ou polythéistes qui ont la possibilité d'influencer le monde matériel et spirituel (Nelson-Becker, 2008 ; Callahan, 2015).

C'est ce que soutiennent d'ailleurs Canda et Furman (2010), des chercheurs dans le domaine du travail social, qui relèguent la religion dans le camp des valeurs

²⁰ Traduction libre : une expression institutionnelle formelle, doctrinale, autoritaire, inhibante et tournée vers l'extérieur.

institutionnelles et symboliques qui circulent à l'intérieur d'une communauté, et qui est constituée de croyances et de comportements auxquels les individus adhèrent. Cet ensemble de comportements et d'expériences est régi par des institutions et repose sur des codes de conduite à honorer, des rituels, des enseignements et même des lois auxquelles les personnes doivent se soumettre (Koenig, 2009). Derrière la religion se perçoit l'idée d'une contrainte morale, d'une autorité que l'individu doit respecter.

Monod-Zorzi et ses collègues médecins (2006) nuancent cette définition en relevant que même si la religion est une façon organisée de croire, elle est composée des croyances affirmées par la personne, des règles comportementales définissant son appartenance, et des rites ou pratiques culturelles spécifiques. La religion supposerait donc une interaction avec les autres et la société. Jobin (2012), de manière plus succincte, propose une définition qui rend compte de ces deux composantes (institutions et croyances), associant la religion aux « aspects institutionnels de la vie croyante » (Ibid. p. 12).

La spiritualité par contre, plus subjective et personnelle, se vit à l'intérieur ou non d'un groupe religieux. Elle est plus large et englobe à la fois « le sens de l'existence, de la présence de l'être au monde ou encore la notion d'harmonie et de paix intérieure » (Monod-Zorzi *et al.*, 2006).

Cette idée est partagée par Canda et Furman (2010) ainsi que Holly et Pargament (2014) qui estiment que la spiritualité est inhérente à chaque être humain et se caractérise particulièrement par la quête personnelle du sacré. D'autres auteurs la considèrent comme une quête de sens, une recherche de la paix, de la raison de vivre, de la relation avec les autres et des croyances relatives au sens de la vie. C'est « une finalité existentielle [...] qui dépasse et englobe toute forme de religion » (Jobin, 2012, p. 12). Ainsi un individu peut vivre sa spiritualité sans nécessairement faire partie d'un groupe ou d'une tendance religieuse (Agli *et al.*, 2015). Hill et Pargament (2003)

font remarquer à juste titre que loin de s'opposer, la spiritualité et la religion sont plutôt reliées.

Malgré les différentes controverses autour de la définition des deux concepts, les chercheurs parviennent quand même à un consensus : c'est qu'il est nécessaire de différencier spiritualité et religion (Büssing *et al.*, 2005 ; Piedmont, 2005 ; Zinnbauer et Pargament, 2005). En fin de compte, les deux vocables demeurant souvent enchevêtrés dans l'imaginaire des personnes et le langage populaire, il en émerge une idée floue du descriptif conceptuel qui nous en est donné.

À titre définitoire, nous retenons donc que la spiritualité et la religion seront nommées dans nos entretiens, mais traitées distinctement dans l'analyse des données de notre recherche. En quoi consiste la spiritualité précisément ? Comment peut-on la caractériser ? Cette ambiguïté demeure tout au long des écrits que nous avons parcourus et renforcent l'idée qu'il y a non pas une mais des définitions de la spiritualité.

2.2.2 Les définitions de la spiritualité

Les définitions proposées pour la spiritualité varient d'un domaine de recherche à l'autre. Les tentatives visant à clarifier ce concept ont mobilisé les chercheurs des branches de la psychologie, de la théologie, de la sociologie et de la santé. Malgré le nombre important de recherches, aucun consensus ne semble se dégager des interprétations de ce construit que Pike (2011) qualifie d'énigmatique et d'abstrait.

Plusieurs auteurs issus des domaines de la santé et des sciences sociales ont réalisé des travaux qui explorent la place de la spiritualité dans les soins en milieu clinique, notamment les soins infirmiers, les soins palliatifs en fin de vie, et les soins psychosociaux aux personnes âgées. Toutes disciplines confondues, on retrouve une grande hétérogénéité dans les définitions de la spiritualité suggérées par les chercheurs. Une analyse des différents textes parcourus nous a permis de classer les

interprétations auxquelles ils sont parvenus en deux catégories : 1) la spiritualité en tant que réalité multidimensionnelle et 2) la spiritualité en tant que style de vie. Comme nous le verrons, ces deux représentations ne s'excluent pas mutuellement, mais tendent plutôt à se compléter. Elles révèlent deux approches de la spiritualité, l'une étant théorique et conceptuelle, et l'autre étant pragmatique, ancrée dans la vie quotidienne.

La spiritualité : un concept multidimensionnel

Dans les soins infirmiers, des praticiens chercheurs (Burkhardt, 1989 ; Tanyi, 2002 ; McBrien, 2006; Sessanna *et al.*, 2007; Vachon *et al.*, 2009; Hervé-Desirat, 2009; Lazenby, 2010) ont été confrontés à la nécessité de clarifier ce que représente la spiritualité afin de pouvoir l'utiliser dans la profession. En l'occurrence, Burkhardt (1989) chef de file de l'approche de soin intégrant la dimension spirituelle du patient, fait émerger trois particularités qu'elle attribue à la spiritualité : le dévoilement du mystère, la communion harmonieuse et la force intérieure. Selon elle, c'est à partir de ces trois composantes que la spiritualité des individus peut être appréhendée. Cette approche nous a semblé peu explicite, car elle réfère à d'autres termes qui semblent encore flous et difficiles à investiguer. Toujours dans le but de clarifier le concept de spiritualité pour le rendre applicable en soins infirmiers et en éducation, la recherche de Tanyi (2002) arrive au constat que la spiritualité est un concept multidimensionnel. Après avoir identifié les critères mis de l'avant par d'autres éminentes chercheuses infirmières (Burkhardt, 1989; Reed, 1991; Dossey *et al.*, 1995 ; Harrison, 1997; Relf, 1997), elle déduit que la spiritualité se compose de la transcendance, du déploiement du mystère, de la connectivité, de la signification et d'un but dans la vie, d'une grande puissance et des relations. : « transcendence, unfolding mystery, connectedness, meaning and purpose in life, higher power, relationship » (Tanyi, 2002, p. 502).

Certains de ces éléments se retrouvent aussi dans la conclusion de l'étude de Rivier *et al.* (2008) qui ont examiné la spiritualité dans le domaine des soins palliatifs. Selon

eux, le spirituel réfère à une double dimension à savoir, une dimension immanente à la personne elle-même permettant de se lier à l'autre au plan émotionnel et sentimental, et une dimension transcendante ancrée dans l'homme. C'est cette dernière qui le met en lien avec ce qui l'habite et qui est considérée comme sacré. Les auteurs optent pour quatre mots-clefs qui caractérisent la dimension spirituelle d'une personne hospitalisée et forment un système qui détermine son équilibre : le sens, les valeurs, la transcendance et l'identité.

Au niveau du travail social, les recherches menées par Nelson-Becker et Canda (2008) sur le vieillissement et la spiritualité en travail social, les ont conduits à identifier des éléments qu'ils ont nommés « spiritual domains ». De leur avis il s'agit des onze (11) dimensions spécifiques aux personnes âgées qu'il faudrait explorer si on veut connaître les aspects spirituels de leur vie. Entre autres on retrouve le bien-être spirituel, les croyances spirituelles, les valeurs, le support social, l'histoire spirituelle, les qualités émotionnelles de la spiritualité, etc. Les auteures attachent du prix au principe du respect des croyances, des valeurs et des pratiques spirituelles des aînés. We « place first priority on respecting the spiritual beliefs, values, and practices of the clients themselves » (Ibid. p. 189). Leur spiritualité se définit principalement par le biais de leurs croyances, valeurs et pratiques.

Plus récemment des chercheurs s'intéressant à la spiritualité en contexte de fin de vie ou non (Vachon *et al.*, 2009; Jobin, 2012; Pujol *et al.*, 2014; Siddall *et al.*, 2015; Stephenson et Berry, 2015) ont étudié les travaux empiriques élaborés durant la dernière décennie et qui abordaient la définition de la spiritualité. Ils en ont dégagé des concepts qui selon eux permettent d'avoir une définition intégrative et inclusive de la spiritualité.

Ils ressortent de leur solide analyse conceptuelle une suggestion de définition ou de description de la spiritualité basée sur onze (11) éléments primordiaux. Il s'agit entre

autres de la signification, de l'auto transcendance, de la transcendance avec une Grande Puissance, de la communion, de la mutualité, de la croyance ou la foi, de l'espoir. C'est cette façon de procéder qui devrait permettre de rendre la spiritualité « mesurable » surtout auprès des malades admis en soins palliatifs. Pour les auteurs que nous venons de présenter, la spiritualité est composée d'un certain nombre d'éléments dont il faut tenir compte pour circonscrire la spiritualité. De nombreuses autres études ont abondé dans le même sens et ont proposé divers éléments constitutifs selon eux de la spiritualité. Les suggestions sont éparses et variées et aucune ne réfère de façon spécifique aux personnes âgées ou aux soins qui leur sont dédiés. C'est ce que décrivent Jackson *et al.* (2016) qui ont cherché en vain une définition applicable aux soins prodigués aux aînés : « We found many definitions of spiritual care and spirituality in the literature, but none specifically for aged care ». (Ibid. p. 13)

Comme on peut le constater, la définition de la spiritualité est loin de faire l'unanimité, mais repose sur un ensemble d'éléments qui se chevauchent parfois dans les suggestions proposées par chacun des auteurs. Mais plutôt que d'être représentée uniquement par quelques éléments, la spiritualité peut pour certains courir tout au long de la vie selon le choix adopté par une personne et référer à sa manière d'être au quotidien pour donner un sens à sa vie.

La spiritualité : un style de vie

L'Association canadienne catholique de la santé (ACCS, 1996) définit la spiritualité en ces termes :

[...] la lutte que nous menons en vue d'atteindre l'auto transcendance et de rester en rapport avec l'autre, un état qui se situe donc au-delà de l'affiliation religieuse. Cette vie spirituelle est faite d'efforts en vue de trouver un sens, une finalité, ainsi qu'une connaissance du transcendant comportant des aspects personnels, communautaires et publics. (Ibid. p. 13)

Il apparaît clairement que la spiritualité n'est pas un état statique, mais un choix de vie qui se concrétise dans les actes que pose l'individu dans son vécu. Sa vie aux plans comportemental, interpersonnel, émotionnel, cognitif (Hill et Pargament, 2003) s'en trouve profondément modifiée.

C'est d'ailleurs ce que précisent Vachon *et al.* (2009) qui suggèrent de scinder la spiritualité en plusieurs dimensions, mais spécifient néanmoins que la spiritualité est un processus dynamique qui évolue avec le temps, surtout lorsque survient une maladie grave ou lorsque le patient est confronté à la mort. Elle serait alors caractérisée par un double mouvement transcendantal d'abord au plus profond de soi, puis au-delà de soi : « a developmental and conscious process, characterized by two movements of transcendence; either deep within the self or beyond the self » (Ibid. p. 56).

Ce raisonnement rejoint la façon dont l'expriment Puchalski et ses collaborateurs (2014) pour qui la spiritualité serait la façon dont un individu se représente la vie. Autrement dit la spiritualité est en mouvement, puisque c'est un chemin que des personnes empruntent, une façon de se comporter vis-à-vis de soi, des autres et du sacré.

Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred. (Ibid. p. 643)

Quelques années avant, la Dre Puchalsky (2008) s'était distinguée par le fait de s'être investie dans l'intégration de la spiritualité dans les soins de santé et l'enseignement médical aux États-Unis. S'inspirant aussi des définitions variées d'autres chercheurs (Frankl, 1963 ; Association of American Medical Colleges, 1999) elle en avait déduit une qui bien que demeurant encore complexe, permettait quand même de son point de vue de la rendre applicable au plan clinique : It « encompassed the complexity but

allowed for practical application to the clinical setting » (Ibid. p. 37). Selon elle, la spiritualité est une expérience subjective qui se vit par rapport à soi (ses propres convictions) et par rapport aux autres (une connexion à l'autre) et qui ne dépend ni de la culture, ni de la société à laquelle nous appartenons.

The concept of spirituality is found in all cultures and societies. It is expressed in an individual's search for ultimate meaning through participation in religion and/or belief in God, family, naturalism, rationalism, humanism, and the arts. (Ibid. p. 37)

Malgré cette description, elle lui adjoint des éléments qui sont inhérents au vécu de la personne qui expérimente la spiritualité : ce sont la signification, l'essence, les valeurs, la relation et la transcendance. Cette vision de la spiritualité se rapproche de celle adoptée par King et Koenig (2009). Ces derniers spécifient que la spiritualité consiste en une relation individuelle qui se manifeste ou non dans des pratiques religieuses pour la majorité des personnes, et se matérialise aussi par une connexion avec la communauté.

Spirituality is the personal quest for understanding answers to ultimate questions about life, about meaning, and about relationship to the sacred or transcendent. (Ibid. p. 2)

Nous remarquons que les auteurs qui adoptent cette approche considèrent la spiritualité comme une dimension de l'être humain qui le conduit à un style de vie où la personne est davantage centrée sur des aspects qui ne relèvent plus de la matérialité. L'aspect dynamique de la spiritualité se retrouve dans le vécu de l'individu à travers sa relation avec son environnement (lui, les autres et le sacré). C'est un continuum de la vie manifesté dans les pratiques et les croyances de la personne ainsi qu'exprimé par Van Leeuwen et Schep Akkerman (2015).

Spirituality is a dynamic and intrinsic aspect of humanity through which persons seek ultimate meaning, purpose and transcendence, and experience

relationship to self, family, other, community, society, nature and the significant or sacred. Spirituality is expressed through beliefs, values, traditions, and practices. (Ibid. p. 1347)

Dès lors la spiritualité se présente comme un concept qui intègre à la fois différents éléments, mais aussi qui court tout au long d'une vie selon le choix de la personne.

Siddall *et al.* (2015) relevant les disparités apparues dans les définitions des chercheurs qui les ont précédés, proposent une approche conceptuelle qu'ils qualifient d'accessible, inclusive et applicable à des personnes ayant des problématiques de santé variées. Ils estiment que la spiritualité est une expérience marquée par une relation entre un individu et le transcendant ou sacré, qui lui permet d'avoir un solide sentiment d'identité et participe du sens et du but qu'il se donne dans la vie. Elle impacterait également les croyances, les attitudes, les émotions et les comportements de la personne :

An experience that incorporates a relationship with the transcendent or sacred that provides a strong sense of identity or direction that not only has a strong influence on a person's beliefs, attitudes, emotions, and behavior but is integral to a sense of meaning and purpose in life . (Ibid. p. 5)

Grosso modo, le modèle proposé par ces chercheurs se caractérise par deux dimensions essentielles : 1) les aspects qui sont au cœur de l'identité de la personne et de sa motivation face à la vie ; 2) la transcendance représentée par une connexion avec quelque chose ou quelqu'un qui se situe en dehors du réseau social, et qui peut être considéré comme transcendant ou sacré. Cette démarche nous a interpellée par son caractère globalisant qui cadre avec notre étude, et c'est fort de cet argument que nous retenons cette conception de la spiritualité dans le but de l'opérationnaliser.

Néanmoins, pour capter l'essence de la spiritualité chez les personnes âgées, la théorie de la gérotranscendance nous a semblé propice, car nous nous intéressons aux

personnes âgées vivant « normalement » leur vieillesse et qui ne sont pas en situation de crise, gravement malades ou en fin de vie. Cette théorie décrit la spiritualité de façon processuelle au niveau de l'individu âgé qui parvient à la dernière étape de sa vie à une nouvelle appréhension du monde et de lui-même. Pour l'ainé, la spiritualité, plus qu'un style de vie est une façon d'être qui évolue et change, conformément à la gérotranscendance basée sur le développement humain tel que développé par Tornstam (1997). Il appert ainsi qu'il est nécessaire dans cette section de nous attarder également sur le concept de gérotranscendance pour mieux conceptualiser la spiritualité de nos acteurs.

Ce tour d'horizon nous donne de conclure que la spiritualité est un construit polymorphe qui demeure insaisissable, plus encore chez les personnes âgées. D'où l'intérêt de notre travail doctoral pour cette population cible. En regard de la complexité qui émerge de la variété des définitions que nous venons d'explorer et au vu des sous-concepts récurrents qui en émergent, nous avons opté d'examiner la spiritualité aussi bien sous un angle multidimensionnel, que comme une expérience ou un style de vie. Ces deux catégories nous paraissent complémentaires pour son opérationnalisation.

2.2.3 Les dimensions opérationnelles de la spiritualité

L'absence d'une définition standardisée de la spiritualité rend son identification ou sa mesure assez complexe. Cependant, certaines dimensions récurrentes émergent des différentes définitions que nous avons examinées. Nous en avons retenu celles qui nous semblaient les plus fondamentales. La spiritualité telle que définie par Siddall *et al.* (2015) servira de base à notre opérationnalisation, car elle renferme la plupart des concepts qui sont retenus dans les suggestions de plusieurs des auteurs consultés. D'après ces chercheurs, la spiritualité est une expérience durant laquelle l'être humain vit une relation avec un être transcendant (the transcendent) ou sacré. Ils estiment que chaque individu possède des relations et des activités qui lui procurent un sentiment de signification « meaning » et de but, « purpose », éléments centraux lui permettant

d'atteindre le bien-être spirituel. Le sens et le but de sa vie sont déterminés par ses croyances, ses valeurs, ses activités et ses relations qui sont au cœur de son identité. Ainsi, la spiritualité revêt des dimensions cognitives, émotionnelles, comportementales, interpersonnelles et physiologiques (Hill et Pargament, 2003). Ces concepts émergents sont, de notre point de vue, essentiels pour examiner la spiritualité au niveau des personnes âgées qui prendront part à la recherche. Ce sont donc les dimensions suivantes que nous considérons pour l'application de la spiritualité dans notre recherche : le bien-être spirituel, la signification/le but de la vie, les valeurs, les relations, les croyances/la foi. À cela s'ajoute le concept de gérotranscendance tel que développé par Tornstam (1989/2005) dont les composantes permettent de mieux capter la spiritualité auprès de la population spécifique représentée par les personnes âgées.

Nous signalons comme préalable qu'à cette étape, l'attitude du chercheur dans les groupes de discussion que nous avons tenus est primordiale. Ce sont les questions élaborées dans le guide d'entrevue qui permettront d'atteindre les aînés afin qu'ils puissent en leurs propres termes faire émerger le sens de la spiritualité. Nous détaillons davantage notre approche de cueillette de données dans la section relative à la méthodologie.

Bien-être spirituel

Pour Siddall *et al.* (2015) le bien-être spirituel est inhérent à chaque individu. Il émane d'un ensemble de relations et d'activités qui lui procurent à différents niveaux le sentiment que sa vie a une signification et un but (meaning and purpose in life, Ibid. p. 53). De plus, l'état psychologique auquel conduit ce sentiment d'avoir un but et une signification dans la vie est fondamental pour parvenir au bien-être spirituel. Dans le même ordre d'idées, Nelson-Becker et Canda (2008) considèrent que le bien-être

spirituel est le sentiment de satisfaction en lien avec la spiritualité qu'un individu ressent.

Signification / but de la vie

Cette dimension de la spiritualité se retrouve dans presque toutes les définitions proposées par les auteurs consultés. Elle est décrite comme étant ce qui détermine le but ultime de l'existence de chacun, et se définit par rapport à une transcendance (Puchalsky, 2008). C'est le point de départ, la raison d'être que chacun trouve à sa vie, autrement dit c'est la représentation ontologique de son existence (Tanyi, 2002). Nommée dans certains cas quête de sens, elle ne dépend ni des croyances ni de la religion.

Cet élément de la spiritualité nous semble d'autant plus important que les personnes âgées, comme nous l'avons mentionné dans la problématique, sont à une étape de leur vie où elles ne se préoccupent plus de l'aspect matériel, mais plutôt existentiel de leur être. De notre point de vue, la manière dont elles vont se représenter la spiritualité par rapport à leur vie peut impacter positivement ou négativement leur santé.

Valeurs

Ce sont les valeurs de l'individu qui lui permettent de prioriser des objets, des relations ou des idéaux dans sa vie. Elles représentent dans le cadre de notre étude les choses importantes dans leur vie auxquelles les personnes âgées accordent le plus de d'importance. Plusieurs études empiriques ont relevé l'impact positif ou négatif des valeurs sur la spiritualité (Chao *et al.*, 2002 ; Buxton, 2007; Chio *et al.*, 2008; Mok *et al.*, 2010). Nous allons examiner si les valeurs qui sont celles des aînés que nous allons interroger font partie de leur spiritualité. Les propos recueillis lors des entretiens semi-

dirigés avec guide faciliteront l’abord de cette dimension que divers auteurs intègrent dans la spiritualité.

Relations

Il s’agit de la relation à soi, aux autres, à Dieu, au sacré, à la nature (Puchalsy, 2008). Certains auteurs utilisent le terme connexion et incluent dans cette connexion même la relation de l’individu souffrant avec le personnel soignant, laquelle relation pourrait impacter sa spiritualité (Stephenson *et al.*, 2003). Nous intéressant au sens que la spiritualité revêt pour les aînés et compte tenu de ce que les relations ont été considérées comme faisant partie de la spiritualité, nous allons examiner si cette conclusion est la même pour les aînés de notre recherche.

Croyances / foi

Les croyances et la foi telles que décrites par Tanyi (2002) sont des mécanismes de défense ou des stratégies de faire face, particulièrement utiles quand arrive la fin de vie. Elles font partie des dimensions de la spiritualité qui selon les auteurs prodiguent l’espoir et l’espérance en une vie après la mort. Cet espoir provient de la foi ou des croyances sur lesquelles s’appuie l’individu. Nous explorons ces éléments auprès des aînés interrogés bien qu’ils n’aient pas été en fin de vie au moment de l’entrevue. Notre analyse ciblera les croyances sur lesquelles ils s’appuient quand surviennent la maladie ou toute sorte de souffrance, et le rôle qu’elles jouent sur leur santé. En effet, un de nos objectifs de recherche est d’explorer le lien que les aînés font entre la spiritualité et la santé. Aussi cet élément de la spiritualité nous semble crucial pour atteindre notre but.

Comme annoncé dans le paragraphe précédent, la notion de gérotranscendance a été souvent évoquée dans la littérature entourant la spiritualité et le vieillissement. Sidall *et al.*, (2015) relèvent d’ailleurs que le lien que l’individu entretient avec un être

transcendant fait partie de la spiritualité. Remarquons que dans son essence même, la gérotranscendance englobe le terme transcendance. Il nous a semblé important dans le cadre de cette thèse de prendre un temps pour l'aborder et mieux saisir la place qu'elle occupe dans le sens que les personnes âgées de notre recherche donnent à la spiritualité, ce d'autant plus que cette théorie porte spécifiquement sur les aînés.

2.2.4 La gérotranscendance ou gérontotranscendance

Comme nous l'avons développé dans la partie du chapitre premier portant sur le vieillissement et la spiritualité (section 1.1.1), Tornstam (1996) affirme que la gérotranscendance est une expérience vécue par les individus âgés qui se caractérise par une métamorphose vers la fin de leur vie : « a shift in meta-perspective from a materialistic and pragmatic view of the world to a more cosmic and transcendent one. » (Ibid. p. 143) Il s'opère en eux des changements qui selon l'auteur conduisent à la sagesse et à une satisfaction en fin de vie à trois niveaux : le soi, le social et le cosmique.

- Au niveau du soi (self/individual level), l'individu âgé délaisse les aspects matériels et extérieurs pour regarder en dedans de lui-même et pratiquer plus d'introspection.
- Au niveau social, l'individu âgé est moins porté à maintenir des relations sociales superficielles, et devient plus solitaire et méditatif.
- Au niveau cosmique, l'individu âgé expérimente une connexion plus profonde avec la nature et l'univers et en arrive à une redéfinition du temps, de l'espace, de la vie et de la mort.

Cette théorie de la gérotranscendance s'arrime avec l'étude développée par Vachon *et al.* (2009) sur la transcendance en général. Selon ces auteurs, la transcendance est un sentiment de connexion ressenti par une personne envers un être suprême, l'univers ou une « grande » puissance en qui elle croit profondément. C'est une relation marquée

par une foi profonde et des croyances de l'individu en cette puissance supérieure, qui lui permet de garder l'espoir et de donner un sens à la vie et à la mort.

[Transcendence is] characterized by a feeling of connection and mutuality with a higher power, and [...] is mostly characterized by deep faith and beliefs in this power which allows one to give meaning to life and death (symbolizing death as a transition to something else), and contributes to preserving hope of something positive like a form of life or a continuity after death. (Ibid. p. 56)

La notion de transcendance ainsi définie nous semble plus aisée à investiguer auprès des aînés. Le sens donné par ces derniers à la spiritualité est analysé en regard de cette conceptualisation. Nous explorons si les personnes interviewées ont un sentiment de transcendance ou une relation avec un Être suprême ainsi que Vachon et Tornstam l'indiquent; si elles croient en une puissance quelconque, et quel en est l'impact sur leur santé (si tant il est qu'elles en trouvent un). Nous nous interrogeons éventuellement sur le sentiment qu'elles éprouvent envers elles-mêmes et envers les autres. Nous abordons cette dimension de la spiritualité en examinant à travers les dires des personnes, l'existence ou non de cette puissance ainsi que les liens et sentiments envers soi et les autres au fur et à mesure qu'elles avancent en âge.

Notre objet de recherche porte sur la spiritualité des personnes âgées, et la gérotranscendance devient par ce fait un concept d'intérêt, qui mérite une attention. L'étude qualitative menée par l'auteur de cette théorie est aussi un excellent repère dans l'opérationnalisation de cette dimension de la spiritualité. Il a interrogé 50 personnes âgées de 52 à 97 ans sur leur processus de vieillissement et a intégré un questionnaire pour leur permettre d'aborder la gérotranscendance à travers les trois composantes ci-dessus évoquées, notamment le soi, le cosmique et le social. Nous inspirant de cette recherche, le canevas d'entrevue élaboré se penche sur l'appréhension de la spiritualité selon les personnes âgées par des questions ouvertes qui s'attardent sur leurs rapports avec eux-mêmes et les autres, entendus ici la société, l'univers et la

nature. Le questionnement englobe aussi les préoccupations abordées dans le thème de la transcendance développée plus haut par Vachon *et al.* (2009), à savoir une foi profonde et des croyances de l'individu en une Puissance supérieure. Le concept de gérotranscendance est plus large et se penche aussi sur le rapport aux générations passées et futures, mais cet aspect n'est pas abordé dans notre analyse.

Cette section avait pour but de présenter notre concept-clé qui est la spiritualité. Au terme du développement que nous venons de présenter, nous avons mis la spiritualité en lien avec moult dimensions pour mener à bien nos analyses. Les orientations théoriques que nous retenons pour l'analyser suite à une revue de littérature en sciences sociales et en santé serviront à l'opérationnaliser auprès des personnes âgées canadiennes nées ici et ailleurs. La pléthore de définitions à laquelle nous avons fait face dénote que le débat sur la circonscription de la spiritualité est loin d'être clos. Nous avons choisi quelques concepts et avons exposé comment nous comptons les appliquer dans notre recherche.

Nous espérons au final de ce travail apporter un éclairci sur la spiritualité telle qu'elle est perçue par les aînés eux-mêmes. Ce sont des entretiens semi-directifs en petit groupe de discussion, réunissant des aînés appartenant à une même communauté ethnoculturelle, qui nous aideront avec l'aide d'un canevas à recueillir les données. En continuité de cette section, nous décrivons plus en détail le processus adopté dans la partie relative à la méthodologie. Tout comme sa définition, l'évaluation de la spiritualité a suscité un vif intérêt auprès des chercheurs, en témoigne le nombre impressionnant d'outils de mesures répertoriés. Hill et Hood (1999) en ont trouvé 125! Mais ces outils sont surtout conçus pour des études quantitatives, et ne correspondent pas à notre stratégie de recherche. De notre point de vue, l'approche qualitative va permettre d'appréhender de façon plus approfondie la spiritualité des aînés, et ce dans toute sa complexité. Le chapitre qui suit porte sur la méthodologie de recherche que nous avons retenue pour parvenir à l'atteinte de nos objectifs de recherche.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre explique notre méthodologie de recherche. Pour commencer, nous en présentons la nature. Nous y justifions et décrivons sommairement la stratégie de recherche adoptée en regard de notre revue de littérature et de nos objectifs de recherche. Les choix relatifs à la méthode de recherche, à la population à l'étude et à la constitution de l'échantillon, dont les critères de sélection des participants, sont aussi exposés. Nous abordons ensuite le processus de recherche, en exposant la démarche et les outils de collecte et d'analyse des données. Nous y discutons des défis que pose le recrutement des personnes âgées, surtout celles qui sont très âgées (plus de 75 ans) et immigrantes. Enfin, nous abordons les considérations éthiques de notre devis de recherche et la position du chercheur.

3.1 Stratégie générale de la recherche

La présente étude, de type exploratoire, s'intéresse à un objet complexe et encore peu investigué. Puisqu'elle vise à donner la parole à des acteurs souvent exclus des recherches pour recueillir leurs points de vue sur un sujet complexe et qu'elle met en jeu plusieurs dimensions inter reliées (spiritualité, santé, vieillissement et ethnicité), nous avons opté pour une méthodologie qualitative de recherche.

3.1.1 Une étude exploratoire de nature qualitative

Rappelons que notre recherche a comme objectif principal de comprendre le sens que les personnes âgées canadiennes nées ici et ailleurs donnent à la spiritualité, ainsi que

le(s) lien(s) qu'elles font entre la spiritualité et la santé. Pour cela, nous avons voulu recueillir leurs points de vue et les analyser en vue d'en saisir le sens.

L'originalité de cette exploration se situe à plusieurs niveaux. D'abord elle permet d'accéder à des connaissances nouvelles, voire inédites, sur le sens de la spiritualité pour les aînés, en tenant compte de leur diversité, notamment l'âge, le sexe et l'appartenance ethnoculturelle. Notre étude porte aussi un regard novateur sur la spiritualité en lien avec la santé; la spiritualité étant comprise dans ses diverses dimensions, tant personnelles que sociales.

Les objectifs principaux de recherche présentés dans le chapitre premier sont de connaître le sens que les aînés donnent à la spiritualité et d'explorer le lien qu'ils font entre la spiritualité et la santé.

Les objectifs secondaires qui en découlent visent à dégager les points de convergence et de divergence qui émanent des propos des aînés des différents groupes de discussion d'une part, et alimenter le débat sur la place de la spiritualité dans les services sociosanitaires au Québec d'autre part.

Comme l'indiquent Paillé et Mucchielli (2016), la méthodologie qualitative est généralement utilisée pour décrire une situation sociale, un évènement, un groupe ou un processus, et en avoir une compréhension plus fine et approfondie. Dans le cadre de notre étude, elle nous permet d'appréhender les conceptions, plus spécifiquement le sens de la spiritualité des personnes âgées rencontrées, et le lien qu'elles font entre la spiritualité et la santé.

Nos données proviennent d'entrevues de groupe qui seront présentées plus en détail à la section 3.2.2. Cette méthode de collecte de données facilite l'accès aux expériences de plusieurs participants, sans se concentrer sur la singularité des histoires personnelles.

Ceci est pertinent pour notre objet d'étude qui s'avère complexe et s'opère dans un contexte de grande diversité sociale et culturelle. Ainsi, afin de recueillir le point de vue de divers aînés et d'obtenir une certaine saturation des données, nous avons mis sur pied 8 groupes de discussion réunissant chacun quatre à sept personnes selon la tradition des groupes de discussion (Duchesne et Haegel, 2008), pour un total de 44 participants. Connaissant les défis que posent cette forme de collecte de données, notamment avec des personnes âgées immigrantes (Charpentier et Quéniart, 2015), nous avons choisi de regrouper les personnes âgées originaires d'un même pays ou d'une même communauté ethnique afin de faciliter leur prise de parole et ainsi permettre plus librement la circulation des idées et des références culturelles. La prochaine section vient présenter la population à l'étude et la stratégie d'échantillonnage que nous avons adoptée.

3.1.2 La population à l'étude et l'échantillonnage

La population à l'étude est composée des personnes âgées appartenant à divers groupes ethniques et résidant à Montréal. Nous avons choisi de mener notre étude à Montréal, puisque c'est sur ce territoire métropolitain que réside la plus grande partie de la population âgée immigrante au Québec. En effet, selon le « Portrait des aînés de l'île de Montréal » publié par la Direction générale de la santé publique (2017), plus de deux aînés sur cinq à Montréal (42 %) sont nés à l'extérieur du pays, contre seulement 7% dans le reste du Québec. En raison de l'allongement de la vie, de la pluralité des parcours de vie et du phénomène de mobilité internationale, le visage du vieillissement au Québec est définitivement diversifié (Charpentier *et al.*, 2010) et ce, à plusieurs égards. Nous tenons à relever qu'en matière d'échantillonnage et de recrutement, nous avons fait face à d'importants défis. Ainsi, afin d'assurer la richesse du matériau recueilli selon l'approche exploratoire qualitative, nous avons voulu favoriser une diversité de situations.

Cette diversité se déploie en regard de l'âge, du sexe, du milieu socioéconomique, de l'appartenance ethnique, de la pratique religieuse, du statut civil/marital, de la présence ou pas d'enfants et de petits-enfants, etc. des acteurs-sujets interrogés. À cet égard, nos lectures et nos expériences de recherche avec des femmes âgées immigrantes (Charpentier et Quéniart, 2015; Noubicier, 2012) nous ont été utiles pour poser les jalons de notre stratégie d'échantillonnage. Nous avons donc constitué notre échantillon en fonction de trois critères de diversification estimés essentiels à la compréhension de la spiritualité et de son lien avec la santé et s'appuyant sur l'état de la littérature : l'âge, le sexe et l'appartenance ethnoculturelle. Il s'agit ici d'un échantillon par choix raisonné. Cette façon de procéder consiste à choisir l'échantillon sur une base volontaire à partir de caractéristiques fixées au préalable. On recrute alors les participants en se fondant sur ces caractéristiques. Cette méthode est reconnue comme adéquate quand il s'agit de décrire un phénomène.

Avant de présenter les critères de diversification de l'échantillon, précisons d'abord ceux qui sont relatifs à la sélection des sujets. Pour participer à l'étude, les personnes âgées devaient être aptes et capables d'exprimer leurs points de vue en français ou en anglais. Deux raisons essentielles soutenaient ce critère : les restrictions financières qui ne permettaient pas à la chercheuse de rémunérer un traducteur et les biais encourus lors de la traduction. Nous avons aussi recruté des personnes âgées vivant dans la communauté, à domicile ou dans des résidences pour personnes retraitées, et qui possédaient une capacité physique et cognitive leur permettant de comprendre et de participer à une entrevue de groupe. Celles demeurant dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont exclues de la présente étude, ces milieux hébergeant en grande majorité une clientèle atteinte de déficits cognitifs.

Pour diversifier l'échantillon, le critère de l'âge nous a semblé d'autant plus important que notre recherche porte sur la spiritualité des personnes âgées. Or, il s'avère toujours difficile dans la recherche en gérontologie de déterminer le seuil d'admissibilité. À quel

âge est-on une « personne âgée » ou fait-on partie de la catégorie des aînés? À 50, 60, 70 ans et plus, au moment de la retraite ? Or, l'âge de départ à la retraite dans certains pays non occidentaux est souvent moins élevé que celui des populations occidentales. La vieillesse étant un construit social, le critère d'éligibilité à la pension de vieillesse au Canada, actuellement 65 ans, est le plus fréquemment utilisé en recherche et dans les données statistiques (Chappell *et al.*, 2003). Dans le cadre de la présente étude, tout visant des personnes âgées de 65 ans et plus, nous avons convenu qu'une certaine souplesse était de mise advenant une difficulté à rejoindre des aînés dans certaines communautés.

La revue de littérature que nous avons réalisée propose que le concept de spiritualité revêt une connotation différente suivant la catégorie dite des « jeunes-vieux » (65 à 74 ans) ou des « vieux-vieux » (plus de 75 ans). Il semble établi aussi que les personnes âgées de plus de 75 ans assimilent davantage la religion à la spiritualité alors que les « jeunes-vieux » dans la soixantaine différencieraient les deux termes. Il s'avère donc important de diversifier notre échantillon de façon à interroger des personnes âgées de ces différentes catégories d'âge ou générations. Nous avons recruté 44 personnes âgées de 65 à 92 ans. Bien que notre recherche ne s'intéresse pas spécifiquement aux aînés ayant des problématiques de santé avérées, compte tenu de la prévalence des incapacités en vieillissant, le fait d'inclure des personnes du grand âge dans notre échantillon permet d'avoir accès à ces situations (voir tableau 3.1).

Outre la question de l'âge, nous avons retenu le critère du sexe dans la sélection des participants à l'étude. Nous inspirant des travaux en gérontologie sociale qui ont mis en évidence que le genre conditionne le rapport au vieillissement et à la société (Charpentier et Quénart, 2014), notre échantillon est constitué de façon à inclure des hommes et des femmes âgées. L'échantillon final est composé de 23 femmes et 21 hommes âgés.

Enfin, le critère de l'appartenance ethnoculturelle est celui qui s'est avéré le plus complexe à opérationnaliser pour construire un échantillon diversifié compte tenu du nombre de communautés ethnoculturelles au Québec et à Montréal et des facteurs de diversification (continent ou pays d'origine, vague d'immigration, statut d'immigration, etc.). Tout en reconnaissant les divergences au sein d'une même culture d'origine, il s'avère essentiel dans le cadre de cette étude de recueillir le point de vue d'aînés natifs d'ici (Canada) et d'ailleurs, soit de divers continents : Afrique, Asie, Amérique, Europe ou Océanie. Afin de déterminer quelles communautés ethniques allaient composer notre échantillonnage, nous avons considéré la taille de la communauté.

C'est ainsi que nous avons ciblé les communautés qui regroupent le plus grand pourcentage de personnes âgées selon le dernier recensement de 2016. En dehors des personnes âgées nées au Canada (en distinguant les deux communautés -Canadienne anglaise et Canadienne française/Québécoise), ce sont les aînés immigrants d'Italie, de la Grèce, d'Haïti, de la France et de l'Égypte (Rose, 2019). Comme le souligne cette chercheure, en analysant les données statistiques du dernier recensement du Canada en 2016, on remarque que les trois quarts des personnes ayant immigré avant 1981 sont arrivés de l'Europe ou des États-Unis et étaient de race blanche. Par contre, depuis 1981, les deux tiers (ou davantage) des personnes immigrantes sont des minorités visibles en provenance des Caraïbes, de l'Asie, de l'Amérique Latine ou de l'Afrique²¹.

Tout en sachant que la majorité des aînés immigrants (environ 70%) sont arrivés avant 1981 (Ibid. 2019), nous nous sommes intéressée aussi aux aînés ayant immigré depuis 1981, dont les deux tiers sont des minorités visibles. Nous avons décidé de constituer des groupes de discussion selon le continent de provenance (pays d'origine) en assurant

²¹ Statistique Canada, Recensement 2016, Tableau 98-400-X2016286.

aussi une diversité raciale. Cette stratégie d'échantillonnage s'est heurtée à la réalité du terrain, c'est-à-dire à la non-participation et la non-collaboration des divers organismes ethnoculturels et partenaires communautaires sollicités. Finalement, comme le montre la Figure 3.1, nous avons réussi à constituer huit groupes de discussion réunissant au total 44 personnes âgées appartenant à six communautés ethnoculturelles et originaires de divers continents : Amérique (Canada Français/qubécois - 2 groupes ; Canada Anglais; Haïti), Europe (Grèce, Italie), Afrique (Congo) et Asie (Vietnam).

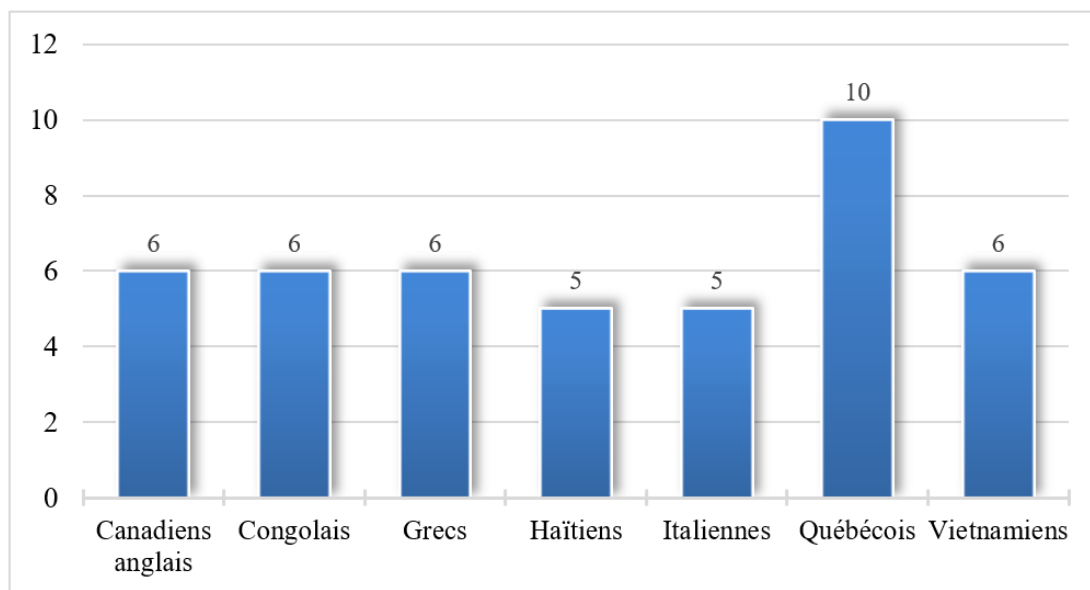


Figure 3.1 Origine ethnoculturelle des 44 aînés

Dans tous les groupes de discussion, réunissant des hommes et des femmes, nous avons cherché dans la mesure du possible, à avoir une diversité de situations en regard du statut matrimonial, du niveau socio-économique et de la scolarité, et de l'adhésion ou pas à une pratique religieuse.

3.2 Processus de recherche

Cette partie décrit le processus de recherche que nous avons mené, partant du recrutement des sujets à la collecte et l'analyse des données recueillies.

3.2.1 Le recrutement des sujets et l'échantillon final

La phase terrain s'est déroulée pendant six mois. Le recrutement des sujets a été particulièrement difficile, de même que la logistique pour tenir chacun des huit groupes de discussion : lieu, conciliation des agendas des participants, déplacement des aînés, etc. La population âgée, à qui on demande d'ailleurs rarement son point de vue, est difficile à rejoindre et présente dans le cadre de cette étude, des vulnérabilités en raison de l'isolement, du grand âge, et du statut d'immigrant qui sont les siens.

Le processus de recrutement

Comme nous l'avons déjà mentionné, pour l'ensemble des groupes de discussion, le recrutement des participants a été très ardu. Nous avons envisagé de procéder au recrutement de nos participants âgés en sollicitant l'aide des centres communautaires et des résidences pour personnes âgées. Nous avons réalisé la difficulté qu'il y a à faire le pont entre le milieu universitaire et le milieu communautaire afin de rejoindre les aînés des différentes communautés ciblées. Cette difficulté s'est avérée réelle surtout au moment de trouver une collaboration aussi bien du milieu communautaire que des organismes publics ou parapublics. Nous avons confectionné des affiches et dépliants déposés dans des endroits que nous pensions stratégiques, en l'occurrence les clubs d'âge d'Or, les fédérations pour personnes âgées, les résidences pour personnes autonomes, etc. Mais toute cette démarche a été infructueuse.

L'énergie déployée pour recruter des participants lors d'une recherche, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une étude gérontologique comme la nôtre n'aboutit

pas toujours aux résultats escomptés. Nous nous sommes heurtée à une réticence inattendue de la part des organismes communautaires. Nous avons été étonnée que dans certains cas on nous demande de payer des frais afin que les aînés puissent être réunis. Nous avons pourtant prévu une compensation de 20\$ pour chaque personne participante, ce qui était mentionné dans nos dépliant de recrutement. Malgré nos nombreuses relances, la plupart des portes sont demeurées closes. Parmi la vingtaine d'organismes auxquels nous avons fait appel, seules les directrices du centre communautaire des femmes italiennes et de la communauté hellénique de Laval nous ont ouvert la porte sans hésitation.

En définitive, c'est la méthode de recrutement « boule de neige » que nous avons aussi envisagée qui a été la plus efficace. En contrepartie, elle exige beaucoup de démarches et de temps. Cette technique est recommandée par Contandriopoulos *et al.* (1990) lorsqu'il n'est pas évident de recruter la population ciblée, ce qui était le cas pour notre recherche. Elle est souvent usitée dans les projets gérontologiques, les personnes âgées représentant une population qu'il n'est pas évident de rejoindre, particulièrement au sein des personnes immigrantes. C'est ainsi que le reste des participants a été recruté par le biais du réseau social de la chercheure. Nous avons communiqué avec certaines de nos connaissances en les informant de notre désir de rencontrer des personnes âgées qui pourraient avoir un intérêt à prendre part à notre recherche selon les critères que nous avons élaborés. Même par le bouche-à-oreille, les personnes étaient très hésitantes à se mobiliser. Certaines manifestaient un scepticisme quant au fait qu'elles aient vraiment la possibilité de donner un point de vue sur une question relative à la spiritualité et la santé. D'autres étaient tout simplement méfiantes et quelques-unes avaient peur de se déplacer. Celles qui ont répondu favorablement ont été contactées pour avoir plus d'explication sur la recherche. Ce sont ces personnes qui à leur tour ont référé d'autres individus et ainsi de suite.

Dans le cadre de ce recrutement par la méthode boule de neige, les participants Canadiens anglais ont été les plus difficiles à contacter et n'eut été l'aide spéciale d'une de nos connaissances, responsable d'un organisme communautaire réunissant des familles canadiennes-anglaises, il aurait été impossible de tenir ce groupe de discussion. Toutes les ouvertures faites par les responsables des regroupements auprès de Canadiens anglais que nous avons contactés se sont refermées. Ces difficultés sont liées à la complexité de l'objet d'étude et à la méthode d'entretien de groupe.

L'échantillon final

Suivant les critères de sélection choisis, l'échantillon final est composé de 44²² personnes âgées dont 23 femmes et 21 hommes, âgés de 65 à 92 ans, habitant la région métropolitaine de Montréal, originaire de 6 pays et issus de diverses communautés ethniques. Suivant la date de l'entrevue, il s'agit des personnes âgées d'origine congolaise (1^{er} groupe de discussion), canadienne-française (2^e et 3^e groupes de discussion), haïtienne (4^e groupe de discussion), vietnamienne (5^e groupe de discussion), grecque (6^e groupe de discussion), italienne (7^e groupe de discussion) et canadienne-anglaise (8^e groupe de discussion). Comme le présente le tableau 3.1, les personnes âgées participant à l'étude présentent des caractéristiques diversifiées en ce qui a trait à l'âge, au sexe, au statut civil, à l'appartenance à un groupe religieux, au niveau de scolarité et à la santé (présence ou pas de problèmes de santé). Les informations sont issues d'un questionnaire sociodémographique complété par tous les répondants (voir annexe E). Quelques données sont manquantes parce qu'elles n'ont pas été divulguées ou spécifiées (NS) par les participants.

²² Bien que ce soit 45 participants qui ont été interrogés, nous avons exclu les propos de (CF2_18), dans le second groupe de discussion des aînés canadiens-français, car elle n'a pas voulu signer le formulaire de consentement, ce qui ramène le nombre total à 44.

Ainsi, tel que souhaité dans notre stratégie d'échantillonnage, nous avons rejoint des femmes et des hommes qui appartiennent à deux catégories d'âge, soit le 3^e et le 4^e âge. 20 répondants sont âgés de 65 à 74 ans et 22 ont 75 ans et plus (deux participantes n'ont pas voulu donner leur âge). La majorité des répondants (30) ont déclaré être mariés, 10 sont veufs, 3 divorcés/séparés et 1 est célibataire. En ce qui a trait au niveau de scolarité, l'échantillon présente aussi une diversité. Sur les 44 participants, 4 ont fait des études primaires, 14 des études secondaires et 26 ont mené ou détiennent un diplôme universitaire.

Tableau 3.1 Caractéristiques des personnes âgées de l'échantillon final (n=44)

Tranche d'âge		65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	NS	Total
Sexe	Homme	9	10	2	-	21
	Femme	11	9	1	2	23
Problèmes de santé autodéclarés	Oui	9	7	2	1	19
	Non	6	7	1	-	15
	NS	5	5	-	-	10
Appartenance à un groupe spirituel ou religieux	Oui	8	9	3	2	22
	Non	11	9	-	-	20
	NS	1	1	-	-	2
Niveau de scolarité	Primaire	1	2	1	-	4
	Secondaire	5	8	-	1	14
	Universitaire	14	9	2	1	26
Statut matrimonial	Célibataire	-	1	-	-	1
	Divorcé / Séparé	2	1	-	-	3
	Marié	15	12	2	1	30
	Veuf	3	5	1	1	10

Le pourcentage d'universitaires rejoint les données statistiques qui révèlent un niveau de scolarité plus élevé chez les personnes âgées immigrantes, ce qui toutefois ne se reflète pas dans leurs niveaux de revenu généralement plus bas que ceux des canadiens nés ici (Rose, 2019). Enfin, en ce qui concerne l'appartenance religieuse, 20 personnes âgées ont dit n'appartenir ni ne pratiquer aucune religion et 22 ont répondu par l'affirmative, (quelques-unes s'identifiant comme catholiques, évangélistes, helléniques et bouddhistes), tandis que deux personnes ne se sont pas prononcées sur

cette question. Tous les groupes de discussion des six communautés ethniques qui constituent l'échantillon réunissent des aînés qui sont ou se disent religieux ou pas. Seules les participantes de la communauté italienne ont toutes affirmé n'appartenir ou ne pratiquer aucune religion dans le formulaire socio démographique qui leur a été donné à compléter. Fait intéressant, le groupe composé de ces cinq femmes d'origine italiennes non religieuses, et qui présentait le moins de diversité, a donné lieu à moins de discussion et s'est avéré moins riche en contenu comme nous le verrons dans le chapitre 5 qui abordera la dynamique spécifique de chaque groupe de discussion. Dans ce même chapitre nous relevons que quelques-unes de ces femmes qui ne se déclarent d'aucune religion soutiennent par ailleurs lors de l'entrevue qu'elles sont de ferventes catholiques, démontrant ainsi l'ambivalence manifeste de plusieurs répondants sur le sujet débattu.

3.2.2 La collecte des données

Pour répondre à nos questions de recherche, il a fallu développer des moyens judicieux permettant aux sous-populations aînées ciblées de donner leurs points de vue, et de discuter entre elles. Notre technique de collecte des données s'est basée sur l'entretien semi-directif et l'outil le plus adéquat retenu est l'entrevue de groupe. Le recours à des entrevues de groupe réunissant des aînés d'une même communauté ethnique, mais se trouvant dans diverses situations d'âge, de sexe, de statut matrimonial, de niveau de scolarité et de revenu, etc. nous a semblé prometteur. Lorsqu'ils sont faits en groupe, les entretiens facilitent l'expression des points de vue variés des différents acteurs réunis, ouvrent sur des conversations non anticipées, et permettent de percevoir le langage commun qui émerge des différents avis. C'est une formule particulièrement recommandée lorsque le sujet sur lequel on se penche s'avère compliqué, comme c'est le cas ici, et nécessite pour mieux le comprendre, des éclaircissements de la part des acteurs concernés (Edmunds, 1999).

Selon Morissette (2011), l'entrevue de groupe consiste à mettre ensemble des acteurs pour qu'ils puissent discuter et réfléchir sur une problématique qui les concerne directement. Opter pour cette méthode c'est « chercher à faire advenir avec les autres ce qu'on ne pense pas, plutôt que vérifier sur les autres ce qu'on pense » (Laplantine 1995, p. 186). Cela nous donne également la possibilité « d'investiguer le sens commun, les modèles culturels et les normes partagés [...] par la prise en compte des interactions qui se manifestent dans les discussions des groupes recrutés » (Morissette 2011, p. 13), et ainsi de faire émerger des thèmes inattendus. Dufour *et al.* (2002) soutiennent cet argument et rajoutent qu'il s'en dégage un « arbitrage des points de vue » et des « compromis » en ce qui a trait à l'objet étudié (Ibid. p. 6).

Nos entrevues semi-structurées ont été menées à partir d'un canevas abordant les grands thèmes de notre étude allant du plus près de leur expérience quotidienne au plus complexe et suivant cet ordre: 1) le sens donné au vieillissement; 2) le sens donné à la santé; 3) le sens donné à la spiritualité; et 4) le lien entre la spiritualité et la santé. Le guide d'entretien a été légèrement ajusté au fil des entrevues pour mieux rejoindre les aînés, surtout pour ce qui est de la formulation des questions ouvertes. Grâce aux entrevues de groupe, les personnes âgées interviewées ont pu réfléchir collectivement sur les éléments les plus significatifs pour elles, donner leurs points de vue et échanger entre-elles sur les sujets proposés. Cette méthode de collecte de données avait été utilisée dans le cadre d'une recherche récente sur le sens du vieillissement mené auprès de 90 femmes aînées immigrantes regroupées en petits groupes selon leur appartenance ethnique et leur langue (Charpentier et Quéniart, 2015). Nous avons pris part à cette étude en tant qu'assistante de recherche et intervieweuse, ce qui nous a permis d'expérimenter et de nous familiariser avec les groupes de discussion.

Les groupes de discussion

Les groupes de discussion sont une forme d'entretien de groupe utilisés dans plusieurs disciplines dont entre autres l'éducation, les sciences comportementales, la sociologie (Frazer, 1988; Krueger, 1994; Morgan, 1997; Larochelle et Désautels 2001), et consistant en des entretiens très peu ou pas structurés comme nous l'avons envisagé pour notre recherche. L'intervieweur en retrait, pose des questions ouvertes et joue un rôle assez accessoire, mais stratégique, ce que nous avons fait durant nos entrevues. Cet outil de collecte est d'autant plus approprié qu'il relève de l'interactionnisme symbolique que nous avons adopté comme posture théorique. Il s'est avéré très pertinent du fait qu'il débouche sur une « fécondité des interactions » (Morissette, 2011, p. 18).

Par ailleurs, cette approche de cueillette de données facilite l'examen du mixage des diverses opinions émergeant du sujet étudié et aide à voir comment se négocient la spiritualité et la santé entre les aînés des différentes communautés que nous avons interviewés. Concernant la forme choisie, nous avons opté pour des entrevues en petits groupes de discussion d'environ cinq personnes, selon la proposition de Duschene et Haegel (2005). D'après ces auteurs, cinq est le chiffre idoine qui permet de créer des discussions porteuses et d'éviter une lourdeur de gestion des interactions due à un nombre élevé de participants. Nous l'avons trouvé d'autant plus adéquat que notre population était difficile à rejoindre et délicate à gérer.

Toutes les rencontres se sont déroulées dans un lieu choisi d'un commun accord avec les participants, notamment dans un environnement sécuritaire, facilement accessible et confortable. De plus, pour favoriser le contexte d'échange, nous avons préféré des endroits qui ne sont associés ni à la spiritualité (ou la religion) ni à la santé, afin que les débats se déroulent dans un lieu qui n'est pas teinté par un des thèmes que nous allions aborder. Les huit groupes de discussion se sont tenus : dans les locaux de

l'université, dans des organismes communautaires, dans des bibliothèques municipales, et dans une résidence pour personnes âgées. Ces lieux se sont avérés propices à une atmosphère conviviale.

Une posture interactionniste et d'empowerment

Tel qu'expliqué précédemment, nous avons tenu huit groupes de discussion composés de 4 à 7 personnes âgées issues de la même communauté ethnique, mais présentant des caractéristiques différentes en termes d'âge, de sexe, etc. Les entrevues étaient menées de manière semi-directive, posture d'autant plus avantageuse qu'elle est cohérente avec l'approche interactionniste que nous avons développée dans le chapitre précédent. Nous avons pu formuler des questions ouvertes et claires, qui ne suggéraient pas d'*a priori*, et qui permettaient de faire émerger des thèmes non prévus ou inconnus d'avance. À cause de la délicatesse du thème, certains mots ont dû être réexpliqués pour laisser libre cours ensuite aux débats entre les participants. Nous voulions par notre recherche laisser la parole aux aînés afin qu'ils donnent leur point de vue, car ce n'est pas souvent qu'ils sont sollicités pour prendre part aux recherches dans ce sens. Comme le soulignent Argoud et Puijalon (2003, p. 23) « il suffit de parcourir les divers travaux gérontologiques pour se rendre compte qu'on parle plus souvent des personnes âgées qu'elles ne parlent d'elles-mêmes. » Nous avons eu la possibilité de mieux appréhender leurs expériences et le sens qu'elles donnent à la spiritualité, ainsi que son lien avec la santé.

De plus, contrairement au paradigme positiviste qui définit à l'avance les catégories, le paradigme interactionniste constructiviste auquel adhère l'entretien de groupe a favorisé une construction « conjointe » (Morissette, 2011) avec les personnes âgées participantes. La visée d'empowerment, c'est-à-dire qui favorise le pouvoir de penser, de s'exprimer et d'agir des personnes âgées, sous-jacente à cette approche méthodologique, constitue selon nous une méthode de recherche pertinente en

gérontologie sociale. L'entretien de groupe et plus précisément les groupes de discussion participent dans leur approche à notre volonté de donner davantage de place et de pouvoir aux personnes âgées, toute communauté culturelle confondue. Pour nous, opter pour un tel modèle, c'est reconnaître que les aînés sont des acteurs à part entière porteurs et producteurs d'un savoir signifiant, comme nous le verrons durant cette étude.

3.2.3 L'analyse des données

L'analyse des données collectées s'est faite selon une approche inductive. D'après les écrits, cette dernière est appropriée pour des données provenant d'objets d'étude à caractère exploratoire comme le nôtre, et pour lesquels il existe relativement peu de modèles ou de théories. L'approche inductive ainsi que le spécifie Thomas (2006), a pour objectif premier de permettre aux résultats de la recherche de faciliter l'émergence des thèmes fréquents ou significatifs qui émanent des données brutes, sans qu'on ait à faire face aux contraintes imposées par des méthodologies structurées.

Partant de cette méthode inductive, nous avons suivi les deux grandes étapes qui la caractérisent, à savoir la phase de préparation et la phase d'analyse proprement dite, soit l'analyse verticale (de chacun des huit groupes de discussion) puis l'analyse transversale des données.

La phase de préparation

Elle correspond comme son nom l'indique à la préparation des données brutes et à la lecture attentive et approfondie de ces données. Dans un premier temps nous avons colligé les entretiens enregistrés d'une durée moyenne d'environ une heure trente. Puis nous les avons écoutés plusieurs fois afin de nous approprier le contenu et la logique des interactions lors des échanges (Baribeau, 2009). La transcription en verbatim des entrevues en français et en anglais s'est faite par la suite, et nous avons procédé à la

lecture attentive et approfondie de ces données afin de les interpréter pour alimenter les phases d'analyses. Cette posture nous a permis de noter les flashes qui nous revenaient à l'esprit. Nous avons également relevé les éléments non verbaux et les gestuels importants que nous avons notés lors des rencontres, et rapportés dans le chapitre portant sur la dynamique des groupes de discussion.

La phase d'analyse

Elle a été plus longue que la précédente et a consisté en une analyse verticale de chaque groupe de discussion suivie d'une analyse transversale ou comparative de l'ensemble des groupes de discussion.

D'abord concernant l'analyse verticale, elle s'est déroulée en trois étapes pour chaque groupe de discussion. La première étape, soit le codage des entretiens, a permis l'identification et la réorganisation des idées qui nous semblaient les plus importantes à l'aide du logiciel de traitement de données N'Vivo. Nous avons repéré les mots ou expressions qui revenaient plus souvent dans la discussion et les avons classifiés en fonction de l'objectif de connaître le sens attribué aux différents concepts que nous avons abordés, notamment le vieillissement, la santé et la spiritualité, sachant que la spiritualité était le principal. Dans la deuxième étape, nous avons procédé à la catégorisation conceptuelle en regroupant les différents thèmes retenus dans l'étape précédente du codage des données. Les données ont ainsi été groupées dans des « matrices de signification » (Baribeau, 2009, p. 49), d'où nous avons repéré tous les codes sous lesquels nous avons nommé les dimensions étudiées et relevées de la spiritualité.

Consciente du fait que tous les thèmes n'étaient pas pertinents, nous avons fait une sélection en retenant principalement ceux qui apparaissaient dans au moins trois groupes de discussion et qui avaient été mentionnés par au moins 3 participants si le

groupe était formé de plus de cinq personnes. Toutefois, nous avons aussi pu retenir un thème qui ne respectait pas ces critères compte tenu de l'importance qu'il revêtait. La troisième étape qui boucle l'analyse verticale est celle où nous avons décrit des sous-catégories et noté les thématiques où il y avait des convergences et des divergences dans les propos des aînés (Duchesne et Haegel, 2008). Nous sommes arrivée à un nombre limité de catégories permettant d'avoir « une vue d'ensemble des aspects clés qui ont été identifiés dans les données brutes et qui sont considérés comme étant les plus importants » (Blais et Martineau, 2006, p. 8).

Ce découpage a permis de comparer les contenus des discours des groupes de discussion des personnes âgées interviewées. Puis nous avons procédé à l'analyse des catégories induites en faisant des liens avec la littérature et les dimensions théoriques retenues exposées dans les chapitres antérieurs.

L'analyse transversale a suivi l'analyse verticale de chacun des huit groupes de discussion. Nous avons rassemblé par thèmes les idées primordiales ou principales qui ont émergé des discussions entre les répondants et les avons analysées de manière comparative. Certains thèmes peuvent différer de ceux contenus dans le guide d'entretien puisqu'une des caractéristiques des groupes de discussion est qu'ils facilitent l'apparition de thèmes non connus d'avance. Notre analyse est guidée par nos objectifs principaux de recherche à savoir comprendre le sens que les personnes âgées donnent à la spiritualité et explorer le lien qu'elles font entre la spiritualité et la santé.

Ces diverses étapes nous ont conduite à réduire les données brutes et complexes recueillies dans les groupes de discussion de façon à leur donner du sens (Blais et Martineau, 2006). En effet, la notion de sens est au cœur de l'analyse inductive et rejoint nos objectifs de recherche.

3.3 Considérations éthiques

Au Québec en général, les questions religieuses s'amalgament facilement avec le spirituel et peuvent conduire à des débats houleux pouvant susciter un inconfort émotionnel. La chercheuse a de l'expérience en recherche et a su orienter les participants pour éviter toute étincelle ou dérapage dans les propos.

3.3.1 L'éthique de la recherche

Pour respecter la clause du consentement libre, éclairé et continu des aînés qui participaient aux groupes de discussion, nous avons clarifié cet aspect dès notre premier contact avec les aînés intéressés, et ce avant le début des entrevues. Le respect de l'autonomie de chaque aîné, sa décision de participer ou non à l'étude, la reconnaissance de l'inconfort qu'il peut ressentir et la liberté de répondre ou non à une question ont été discutés. Le concept de spiritualité pris tel quel pouvant être difficile à définir de prime abord, nous avons réfléchi à la manière de l'aborder afin que chacun comprenne bien de quoi il s'agit lors des entrevues. Par ailleurs, les risques ont été discutés avec les participants avant que l'entrevue ne commence et ils ont été informés de la conduite à tenir, ainsi que des modalités à suivre en cas de malaise.

L'engagement à la confidentialité des propos au sein des groupes et des informations personnelles des participants a été discuté et respecté (Khanlou et Peter, 2005). En effet, les données recueillies ne pouvaient pas permettre l'identification des individus. La chercheuse était la seule responsable de la collecte de données et à avoir accès aux données recueillies. Les données personnelles des participants n'ont pas été divulguées, car elles ont été conservées dans un lieu sécuritaire et accessible seulement par la chercheuse. Par ailleurs, après la transcription des entrevues, les noms des participants se sont vus assigner un code, rendant impossible leur identification. Un soin particulier a été apporté afin qu'aucun participant ne puisse être reconnu.

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) a examiné notre projet de recherche et l'a jugé conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (janvier 2016) de l'UQAM (Numéro du certificat : 964 – Annexe G).

3.3.2 La position du chercheur

Dans cette section, nous tenons à signifier la place active que nous avons occupée comme chercheure et la posture réflexive qui a été la nôtre tout au long de cette étude. Consciente des effets que peuvent avoir nos propres « valeurs et apriori » sur la recherche, nous avons pu faire la part des choses pour assurer la rigueur méthodologique nécessaire pour asseoir la crédibilité de l'étude en mettant de côté notre subjectivité. Pour nous soutenir dans cette démarche, nous nous sommes servie de notre journal de bord dès le début. Grâce à ce document, nous avons pu nous remémorer les détails utiles qui auraient pu nous échapper dans l'interprétation des données. En l'occurrence la prise en compte des éléments de discours qui avaient été tenus hors micro, surtout à la fin des entrevues, et qui se sont avérés capitaux.

Nous avons également tenu compte de « l'équation intellectuelle du chercheur » (Quivy et Van Campenhoudt, 2006) essentielle pour tenir un fil conducteur indispensable pour une recherche de qualité. Elle consiste à tout mettre en œuvre dans nos attitudes et aptitudes pour faire face à n'importe quelle situation problématique ou non, afin de faire émerger le meilleur des idées des répondants, et d'atteindre les objectifs visés, comme nous l'avons fait dans les recherches précédentes où nous étions impliquée (Charpentier et Quéniart, 2015; Noubicier, 2012).

Enfin, eu égard au tenir compte inhérent à notre orientation théorique, la « vigilance épistémologique » que recommandent Bourdieu *et al.* (2005), nous a invitée à adopter

une certaine distanciation vis-à-vis des interprétations que les personnes âgées ont données à la spiritualité. Nous n'avons pas eu la prétention de vouloir saisir entièrement la complexité d'un phénomène comme la spiritualité, ce qui nous a valu de savoir respecter les difficultés émanant de cette complexité. En fin de compte, nous avons choisi de « faire de la recherche avec » les personnes âgées et non de faire « de la recherche sur » les personnes âgées, la première disposition étant inclusive et la seconde exclusive.

Ce chapitre a présenté la méthodologie de recherche que nous avons empruntée pour recueillir les données auprès des 44 personnes âgées rencontrées en petits groupes de discussion. Nous y avons exposé l'ensemble de la démarche de recherche; sa structure, son déroulement et ses principales considérations éthiques et décrit de façon détaillée les modalités d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données. Les quelques limites que nous avons identifiées et exposées dans le dernier chapitre de la thèse ne diminuent en rien l'originalité et le bien fondé de notre étude exploratoire. Nous en soutenons la pertinence et confirmons la rigueur méthodologique qui la sous-tend. Cette recherche permettra d'avoir accès à de nouvelles connaissances relatives au sens donné à la spiritualité par des personnes âgées de diverses communautés ethniques, et au lien qu'elles font entre la spiritualité et la santé.

CHAPITRE IV

PROFIL ET DYNAMIQUE DES GROUPES DE DISCUSSION

Dans ce chapitre qui précède celui qui rapporte les résultats de la recherche, nous mettons de l'avant les caractéristiques de chaque groupe de discussion. Plus exactement, nous rapportons les éléments relatifs à la composition du groupe et à la dynamique qui a prévalu lors des entrevues. La posture interactionniste adjointe à l'approche interculturelle que nous avons adoptée dans cette thèse implique non seulement de rendre compte du profil des répondants, mais également du déroulement de l'entrevue, notamment l'ambiance générale en rapport avec les caractéristiques inhérentes au groupe. Notons que le recrutement des participants s'est effectué de manière à diversifier le plus possible notre échantillon en ce qui concerne le genre, l'âge et l'expérience ou le parcours migratoire (statut au moment de la migration, nombre d'années au Canada, etc.).

Chaque groupe de discussion présente des spécificités que nous exposons dans les sections qui suivent, et la dynamique propre à chacun des groupes de discussion ne saurait être rapportée en bloc au risque de les considérer comme des entités homogènes. Les éléments dont nous tenons et rendons compte ici sont ceux qui nous apparaissent fondamentaux pour la compréhension des sens que les participants donnent au vieillissement et à la santé, ainsi qu'à la spiritualité, et des liens qu'ils font entre la spiritualité et la santé (prochain chapitre). En effet, comme le souligne Morse (1994) la prise en compte du contexte est nécessaire pour comprendre le sens ou la signification. Ceci facilite le discernement des éléments évoqués et illustre leurs effets sur le discours des participants. Nous présentons les groupes de discussion suivant la chronologie du déroulement des entrevues, soit de la plus ancienne à la plus récente.

4.1 Groupe des aînés congolais (C)

4.1.1 Le profil du groupe

Le groupe de discussion avec des participants d'origine congolaise est composé de quatre hommes et de trois femmes, dont un couple marié. Tous ont immigré de leur pays d'origine, la République Démocratique du Congo depuis au moins 20 ans à cause des difficultés sociales et de la guerre qui y sévissaient. L'âge des participants varie entre 66 (C_01) et 84 ans (C_03), la moyenne d'âge étant de 72 ans. Parmi les participants, trois hommes ont un niveau de scolarité universitaire, et ont été respectivement magistrat (C_03), professeur d'université (C_02) et homme d'affaires (C_01). Trois autres participants, dont deux femmes (C_06 et C_07 épouse de C_03) ont un diplôme du secondaire et ont travaillé comme fonctionnaire puis commis de bureau. La dernière personne (C_05) a fait des études jusqu'au primaire et n'a jamais travaillé. Six des sept participants sont affiliés à un groupe religieux. Tous déclarent qu'en dehors de quelques « petits bobos » dont ils souffrent, ils se trouvent en bonne santé.

4.1.2 La dynamique du groupe

L'entrevue s'est déroulée à l'Université du Québec à Montréal et tous les participants étaient d'une ponctualité exemplaire. L'ambiance était bonne et il régnait une atmosphère de respect vis-à-vis de ceux qui étaient les plus âgés et les plus instruits. Comme relevé dans le chapitre consacré à la méthodologie, l'entrevue commençait par un tour de table pour donner à chaque candidat l'occasion de se présenter. Nous avons constaté immédiatement qu'une certaine familiarité a tout de suite émergé du fait que les participants découvraient qu'ils s'étaient déjà vus dans un autre contexte. En effet, il s'est avéré que la plupart d'entre eux se connaissaient très bien, car ils fréquentaient la même association communautaire.

Dans ce groupe de discussion, les participants ayant un diplôme universitaire avaient une influence flagrante sur les propos des autres participants qui avaient une scolarité moins élevée. Ces derniers abondaient souvent dans le sens de ce que les « intellectuels » disaient en faisant des hochements de tête ou des mimiques d’approbation. Les femmes parlaient moins et n’intervenaient le plus souvent qu’après que la chercheuse les ait encouragées à donner leurs points de vue. Les discussions se sont déroulées dans le respect, quoique deux participants, C_02 et C_01 aient eu tendance à monopoliser la parole. Dans ce groupe de discussion composé de sept personnes, il a été difficile de faire intervenir tout le monde pour chacune des questions soulevées, au risque de déborder sur le temps de deux heures prévues pour l’entrevue. Tous les thèmes ont néanmoins été couverts de manière satisfaisante.

4.2 Groupe des aînés canadiens français (premier groupe : CF1)

4.2.1 Le profil du groupe

Ce groupe est composé de quatre hommes dont l’âge varie entre 73 et 83 ans, la moyenne d’âge étant de 75 ans. Tous étaient mariés et vivaient avec leurs femmes. Trois (CF1_08, CF1_09 et CF1_11) ont fait des études universitaires et un (CF1_10) a fait des études secondaires. CF1_09 est encore en emploi à temps partiel, tandis que les trois autres sont retraités. Ils sont cependant très actifs et impliqués dans différentes activités de bénévolat qu’ils estiment très importantes. Dans ce groupe, les participants se sont clairement prononcés sur leur affiliation religieuse. CF1_09 affirme qu’il a rejeté la religion et qu’il est athée, tandis que les trois autres disent qu’ils appartiennent à la religion catholique. Ils se déclarent en santé malgré les différentes maladies qu’ils ont mentionnées.

4.2.2 La dynamique du groupe

L'entrevue s'est déroulée dans une bibliothèque municipale. L'ambiance était très détendue avec beaucoup d'humour et de jeux de mots. Trois des participants se connaissaient et ont fait le voyage ensemble pour prendre part à l'entrevue, ce qui a favorisé l'atmosphère dégelée qui a prévalu jusqu'à la fin de la rencontre. La parole était distribuée de manière égale et personne n'a occupé une place particulière. CF1_08 faisait souvent de longs développements quand il répondait à une question, mais toujours dans le respect et sans étouffer les autres. Chaque participant s'est exprimé en se référant la plupart du temps à ses racines québécoises.

4.3 Groupe des aînés canadiens français (deuxième groupe : CF2)

4.3.1 Le profil du groupe

Le deuxième groupe de discussion composé de Canadiens français est constitué de deux hommes (CF2_13, CF2_15) et de cinq femmes (CF2_13, CF2_14; CF2_16; CF2_17 et CF2_18). CF2_18 est une dame très prudente qui a dit au début être là pour observer. Elle s'est immiscée dans la conversation par la suite, mais ses propos ne sont pas pris en considération dans cette analyse, car elle n'avait pas rempli le formulaire de consentement. Deux femmes sont en couple et participent à l'entrevue avec leurs conjoints CF2_12 et CF2_15 (1^{er} couple); CF2_16 et CF2_13 (2^e couple). L'âge varie de 71 ans (CF2_15) à 82 ans (CF2_17) et la moyenne est de 76 ans. Les niveaux de scolarité sont le primaire (CF2_12), le secondaire (CF2_13, CF2_14 et CF2_15) et l'université (CF2_16 et CF2_17). Quatre des six participants ont mentionné qu'ils appartiennent à la religion catholique tandis que les deux autres ont affirmé qu'elles n'ont pas de religion et n'appartiennent à aucun groupe spirituel. Alors que CF2_14 reconnaît avoir des problèmes cardiaques et que CF2_16 nie en avoir, les quatre autres ne se sont pas prononcés sur leur état de santé.

4.3.2 La dynamique du groupe

L'entrevue a eu lieu dans la résidence pour personnes âgées autonomes où demeuraient les participants. Tous semblaient se connaître au moins de visu. Ce groupe de discussion a duré moins longtemps que les autres, soit 1 heure et 15 minutes. L'atmosphère était lourde au début et les participants semblaient méfiants. Deux femmes cependant étaient très alertes (CF2_16 et CF2_18). CF2_14 était la moins bavarde et s'alignait souvent sur les idées émises par les autres participants. Les deux hommes du groupe (CF2_13 et CF2_15) étaient assez ouverts. En général, lors de cette entrevue, dès qu'une personne prenait la parole et émettait une idée, les autres avaient tendance à épouser la même pensée. Les personnes ne parlaient pas toujours spontanément, et étaient assez brèves quand elles avaient la parole. La discussion était tellement difficile que nous leur avons demandé si les questions posées étaient bien comprises par chacun. Ils ont répondu par l'affirmative et précisé que ce sont les réponses par contre qui étaient difficiles à trouver. Nous avons pu malgré tout conduire l'entrevue jusqu'à la fin sans heurt.

4.4 Groupe des aînés haïtiens (H)

4.4.1 Le profil du groupe

Le groupe de discussion des participants haïtiens est composé de quatre femmes et d'un homme. Toutes les personnes se connaissaient, car elles fréquentaient l'organisme par l'entremise duquel elles ont été recrutées pour l'entrevue. L'âge variait entre 66 ans (H_21) et 77ans (H_19). La moyenne d'âge était de 71,5 ans. Cette moyenne est établie sur la base de quatre réponses, car un des participants n'a pas dit quel âge était le sien. Tous ont quitté leur pays il y a plus de 35 ans. H_21 est arrivé dans le cadre d'un regroupement familial et les quatre autres ont immigré en tant que travailleurs qualifiés. Ils ont un niveau de scolarité universitaire. Trois affirment qu'ils sont catholiques et

deux n'appartiennent à aucun groupe religieux ou spirituel. La majorité se déclare en bonne santé malgré le fait que tous aient des maladies déclarées.

4.4.2 La dynamique du groupe

L'entrevue s'est tenue dans les locaux d'un organisme communautaire fréquenté par tous les participants. L'ambiance était détendue et les interactions se sont faites sans qu'il y ait domination d'un des participants. Chacun prenait la parole à tour de rôle dans le respect, en se référant beaucoup à leurs traditions haïtiennes. Leurs points de vue convergeaient en général quand ils abordaient ou faisaient allusion aux us et coutumes de leur pays d'origine. Cependant chacun des aînés soutenait des arguments qui lui étaient spécifiques concernant chacun des thèmes abordés. Le jour de l'entrevue, les participants avaient assisté à une activité communautaire peu de temps avant de commencer l'entrevue, ce qui a eu un impact sur leur engouement vers la fin de la rencontre. Ils ont manifesté quelques signes de lassitude quand on abordait le dernier thème. Nous avons d'ailleurs dû interrompre brièvement l'entrevue parce qu'une participante en hypoglycémie devait absorber un peu de sucre pour se remonter. Puis nous avons poursuivi et terminé l'entrevue en toute quiétude à la satisfaction manifeste de tous.

4.5 Groupe des aînés vietnamiens (V)

4.5.1 Le profil du groupe

Le groupe de discussion des répondants vietnamiens est composé de quatre hommes et d'une femme, dont un couple marié. Tous se sont réfugiés au Canada depuis au moins trente ans à cause de la guerre qui sévissait dans leur pays d'origine, le Vietnam. Leur âge varie entre 67 (V_32) et 85 ans (V_33) pour une moyenne d'âge de 77,4 ans. Tous sont de niveau universitaire. V_30 a été professeur d'université, les trois autres hommes sont des ingénieurs, et la seule dame du groupe a été secrétaire de direction. L'ensemble

des participants se connaissent et fréquentent la même association communautaire vietnamienne. Bien que deux personnes sur les cinq répondants aient mentionné n'appartenir à aucun groupe religieux, ils soutiennent pendant l'entrevue qu'ils font tous partie de la religion bouddhiste de par leur culture d'origine. Une seule personne soutient avoir des problèmes de santé en spécifiant que c'est parce qu'elle entend mal. Les autres s'estiment en bonne santé.

4.5.2 La dynamique du groupe

L'entrevue avec les participants vietnamiens s'est déroulée dans le local qui abrite leur organisme communautaire. L'ambiance était très conviviale et chaleureuse. Deux des participants avaient une influence sur le reste du groupe à cause de leur âge et de leur rang social. Il s'agit de V_30, anciennement professeur d'université, et de V_33, le plus âgé. Comme relevé précédemment dans la section 4.1, la hiérarchie sociale impactait le comportement des personnes au sein de ce groupe de discussion. Les deux participants susmentionnés prenaient souvent la parole en parlant au nom de tous les Vietnamiens. V_30 a été professeur d'université et pour le nommer les autres l'appelaient par son titre plutôt que par son nom. Il est également parmi les plus âgés, et personne n'allait à l'encontre des propos qu'il avançait. Il s'était préparé pour la rencontre et avait apprêté beaucoup de documents dont il se servait pour aborder les questions posées.

Le droit d'aînesse, aussi très présent chez les Vietnamiens, s'est fait sentir dans les attitudes des uns et des autres qui lui manifestaient beaucoup de déférence. V_32, la seule femme du groupe et épouse d'un des participants semblait avoir des choses à dire, mais était hésitante dans ses propos. Un des participants nous avait prévenue qu'avec la présence de son mari qui prenait aussi part au groupe de discussion, elle ne parlerait pas beaucoup. Elle s'est cependant exprimée sans gêne.

4.6 Groupe des aînés grecs (G)

4.6.1 Le profil du groupe

Les six personnes qui ont pris part à ce groupe de discussion sont trois hommes et trois femmes, dont deux couples mariés. G_24 et G_29 (mari et femme); G_26 et G_27 (mari et femme), puis G_28 une femme, et G_25 un homme. Ce sont des Grecs de la communauté hellénique et leur âge varie entre 67 ans (G_24) et 88 ans (G_26), pour une moyenne de 74,8 ans. Tous ont immigré pour un regroupement familial ou comme travailleur qualifié depuis au moins 50 (cinquante) ans. Trois participants ont un niveau de scolarité universitaire (G_24, G_28 et G_29), un autre primaire (G_26), et le dernier secondaire (G_27). G_25, qui n'a pas spécifié son niveau de scolarité, avait une certaine autorité sur les autres. Deux personnes sur les six disent qu'elles appartiennent à un groupe religieux et les quatre autres répondent par la négative. Trois participants reconnaissent qu'ils ne sont pas en bonne santé, deux ne disent rien à ce sujet et un affirme n'avoir aucun problème de santé.

4.6.2 La dynamique du groupe

Les participants de ce groupe de discussion étaient dynamiques. Ils ont tenu à préciser qu'ils appartiennent à la communauté hellénique grecque. L'entrevue s'est déroulée en anglais, la langue adoptée par tous les répondants en dehors de G_25 qui a choisi de s'exprimer en français tout le long de l'entrevue, malgré le fait qu'il ne maîtrisait pas cette langue. Cela n'a pas influencé le déroulement de l'entrevue qui s'est tenue dans une ambiance décontractée. À plusieurs reprises les participants ont parlé en grec entre eux et il n'a été possible que d'avoir une traduction partielle de leurs propos. Les aînés trouvaient difficile de redire en anglais certaines phrases ou mots qu'ils avaient coutume d'utiliser en parlant en grec. Un des participants, G_26 avait quelques difficultés d'élocution, mais cela ne l'empêchait pas d'interagir. Parfois ses réponses étaient en dehors du sujet et nous les avons recadrées. Tous les participants n'ont pas

eu la latitude de répondre à chacune des questions qui était soulevée, eu égard aux deux heures maximales prévues pour couvrir les quatre thèmes. Cependant nous avons pris soin de faire participer toutes les personnes quand la question abordée était capitale pour la recherche et dans l'ensemble, chacune s'est exprimée aisément durant l'entrevue.

4.7 Groupe des aînées italiennes (I)

4.7.1 Le profil du groupe

Ce groupe de discussion est constitué de cinq femmes de situations socio professionnelles différentes dont l'âge varie entre 73 (I_37) et 83 (I_35) ans. La moyenne d'âge est de 78 ans. Toutes ont immigré au Canada depuis au moins 40 ans dans le cadre d'un regroupement familial (I_37, I_38, I_39) ou dans le but de poursuivre des études (I_36). I_35 ne s'est pas exprimée sur ce point. Le niveau de scolarité varie du secondaire (I_35, I_37, I_38 et I_39) à l'université (I_36). L'ensemble des dames semblait se connaître, car elles fréquentent l'organisme communautaire au sein duquel elles ont été sollicitées pour participer à la recherche. Aucune des participantes n'appartient à un groupe religieux ou spirituel. Quatre des cinq femmes parlent très bien le français tandis qu'une, I_38, s'exprime difficilement au point où une des participantes a dû jouer le rôle d'interprète. À l'unanimité elles se disent en bonne santé.

4.7.2 La dynamique du groupe

L'entrevue s'est tenue au sein de l'organisme communautaire que fréquentent régulièrement toutes les participantes. L'ambiance dans laquelle s'est déroulée l'entrevue était bonne. Les femmes étaient enjouées, mais I_38, très timide, parlait peu, probablement à cause de sa difficulté à s'exprimer en français. Le début de l'entrevue fut assez difficile en regard du comportement de deux des participantes qui affichaient

une réticence à participer aux discussions et qui pour chaque question, répondaient uniquement par monosyllabes. Cette attitude a généré une atmosphère assez lourde au départ, mais qui s'est estompée quelques minutes plus tard. La chercheuse a pu gérer avec tact les attitudes de ces participantes et les deux dames ont adopté un comportement plus ouvert au fil de la discussion, et ce jusqu'à la fin de la rencontre.

4.8 Groupe des aînés canadiens-anglais (CA)

4.8.1 Le profil du groupe

Ce groupe de discussion est composé de six personnes dont deux couples sont mariés (CA_41 et CA_44; CA_42 et CA_45), et deux dames. L'âge moyen est de 78,33 ans et varie entre 65 (CA_43) et 89 ans (CA_40). Pour ce qui est de la scolarité, trois ont un niveau d'études universitaires (CA_40, CA_41 et CA_45), deux du secondaire (CA_42 et CA_43) et une du primaire (CA_44). L'ambiance était sereine. Les deux hommes participaient activement à la discussion. Une des participantes, CA_40, s'est retirée avant la fin de l'entrevue parce qu'elle avait une autre obligation. Deux des six participants (CA_40 et CA_44) reconnaissent qu'ils ont une appartenance religieuse et les quatre autres n'en ont pas. CA_41 qui souffrait de problèmes de santé apparents lors de l'entrevue a mentionné qu'elle est en bonne santé. Les autres participants ont soutenu pendant l'entrevue que « la maladie ce n'est rien », et se sont déclarés en bonne santé. Mais parallèlement dans les données socio démographiques recueillies, ils mentionnent différentes difficultés de santé qu'ils endurent.

4.8.2 La dynamique du groupe

Très enjoués, les participants de ce groupe ont apprécié le fait de prendre part à l'échange et de pouvoir donner leur opinion sur les questions qui leur étaient posées pour selon eux faire avancer la recherche. L'ambiance était agréable. Toutes les personnes se connaissaient, car elles fréquentaient le même organisme communautaire

via lequel elles avaient été recrutées. Dans ce groupe, CA_44, époux de CA_41 avait tendance à parler à la place de sa femme, cette dernière étant très effacée et visiblement gênée par un souci de santé qu'elle avait aux mains. Elle a été plus enthousiaste quand on a abordé le thème de la spiritualité et s'est davantage exprimée. Cependant, la parole a été distribuée de façon équilibrée. Une des participantes, CA_40 s'est exprimée avec beaucoup d'émotion quand on a abordé le thème sur la spiritualité. Elle a fait part de son engagement spirituel en pleurant, mais cela n'a pas perturbé l'entrevue. Elle a dû quitter un peu plus tôt que les autres à cause d'un engagement qu'elle avait ailleurs. CA_43, la moins âgée des participants prenait un peu plus de place et s'appropriait davantage la parole que les autres qui ont su subtilement la lui reprendre quand ils le voulaient. Les échanges se sont déroulés de manière équilibrée et respectueuse.

Ce chapitre avait pour but de mettre en évidence le portrait des participants qui ont pris part aux entrevues, ainsi que la dynamique qui a régné durant les groupes de discussion réalisés dans le cadre de notre étude. La chercheuse a facilité le déroulement de chaque rencontre et la prise de parole des aînés en étant sensible à la spécificité de chaque groupe. La description que nous venons de faire s'inscrit dans une perspective interactionniste et une approche interculturelle permettant d'éclairer davantage les résultats provenant de la collecte des données et que nous examinons dans le prochain chapitre.

CHAPITRE V

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Ce chapitre présente les principaux résultats de notre étude. Ceux-ci s'appuient sur les analyses verticales et transversales des données recueillies lors des huit (8) groupes de discussion réalisés de juillet à décembre 2016 à Montréal, auprès de 44 personnes âgées de 65 à 92 ans et résidentes du Québec. Les personnes interrogées sont issues de six (6) communautés représentant les pays suivants : le Congo (C), le Vietnam (V), Haïti (H), l'Italie (I), la Grèce (G), le Canada anglais (CA), et le Canada français (CF).

Rappelons que les objectifs généraux de la recherche sont de comprendre le sens que les personnes âgées de diverses origines (canadiennes et immigrantes) donnent à la spiritualité, et d'examiner le lien qu'elles font entre la spiritualité et la santé. La présentation des résultats suit les questions ouvertes abordées lors des entrevues de groupe (voir chapitre précédent pour la méthodologie de recherche) et portant sur : 5.1) le sens donné au vieillissement et à la santé; 5.2) le sens donné à la spiritualité; et 5.3) le lien entre la spiritualité et la santé.

Les données présentées prennent en considération aussi bien les thèmes discutés dans le guide d'entrevue que ceux qui ont émergé du discours des participants. Nous les avons retenus en fonction de leur fréquence dans les différents groupes de discussion (points convergents), tout en rendant compte aussi de la diversité des idées (points divergents).

Dans le but de préserver l'anonymat, nous avons attribué des codes alphanumériques pour distinguer les répondants. La première lettre renseigne sur le pays d'origine de la

personne, tandis que le chiffre détermine le numéro compris entre 1 et 44 pour les 44 participants qui ont pris part à la recherche. À titre d'exemple pour désigner un participant congolais, 5e des 44 participants, nous adoptons le code C_5; un Vietnamien correspondant au 33e participant de l'étude sera identifié V_33, etc. Pour connaître plus en détail les caractéristiques des répondants cités (par exemple, leur âge, leur statut matrimonial, leur appartenance religieuse ou non, etc.), il faut se référer au tableau D.2. Dans cette thèse, nous utilisons les termes « participant ou répondant X » à la place de « participant ou répondant originaire de X » dans le but d'alléger le texte.

Quel sens ces personnes âgées canadiennes et d'origines multiples accordent-elles au vieillissement et à la santé, et plus particulièrement à la spiritualité et à son lien avec la santé? C'est la question à laquelle nous avons voulu apporter une réponse en analysant les discours recueillis.

5.1 Sens donnés au vieillissement et à la santé

Nous avons choisi d'aborder les thèmes du vieillissement et de la santé en début d'entrevue afin de « mettre la table », avant de nous pencher sur le sujet complexe et délicat de la spiritualité et de son lien (ou pas) avec la santé. Ainsi, pour ouvrir les discussions, nous avons demandé aux participants de nous parler du sens que revêt pour eux le vieillissement et du sens donné à la santé. En effet, ces deux thèmes concernent tous les répondants, qui en font l'expérience à des degrés divers; les plus âgés étant susceptibles d'être davantage affectés par des limitations liées au vieillissement et à des problèmes de santé. Or, comme nous le verrons, quels que soient leur appartenance ethnique, leur classe sociale, leur genre, leur état de santé et leur âge, le discours des répondants tend à converger quant au sens qu'ils attribuent au vieillissement et à la santé.

5.1.1 Une conception biomédicale d'un vieillissement tributaire de l'autonomie

Un des critères sur la base duquel les aînés à l'étude ont été sélectionnés est l'âge, soit d'appartenir à la catégorie des personnes âgées d'au moins 65 ans. Plus spécifiquement, notre échantillon se compose de 18 personnes âgées de 65 à 74 ans et de 22 aînés de 75 ans et plus (dont 15 octogénaires). Quelques personnes (4) se sont montrées réticentes à donner leur âge lors de la collecte des données sociodémographiques.

Notre étude montre que les propos des participants tendent à mettre de l'avant une vieillesse qui s'accompagne d'un ralentissement dans les mouvements, d'une baisse d'énergie et de limitations qui peuvent empiéter sur leur vie au quotidien. Fait marquant, la classe sociale ou le pays d'origine semblent n'affecter aucunement le sens que les interviewés donnent au vieillissement. Plusieurs mentionnent que les pertes sont inéluctables et dues à l'avancée en âge, causant une diminution progressive de la mobilité ainsi qu'une plus grande présence de maux.

On s'aperçoit qu'il y a des limitations à nos capacités physiques. On se rend compte que, mais ah maintenant, on devient vieux. La pensée n'est pas aussi vive, aussi alerte. La façon de comprendre et de voir les choses se ralentit alors à ce moment-là on se rend compte qu'on devient vieux. C'est ça la vieillesse pour moi... Physiquement on devient moins alerte. À ce moment-là on est vieux-là. Les réflexes sont moins bons. V_31

J'ai 74 ans moi. Puis la vie, moi je l'ai toujours trouvée belle. Mais là c'est difficile parce que j'ai pas d'énergie. Je suis tout le temps quasiment à bout de souffle. C'est ça que je trouve pas drôle. C'est pas de vieillir. Vieillir en santé, moi, parfait. CF 2_12

Quand je ne peux plus courir comme je le faisais, je sens que je vieillis. Quand tu commences à te poser plein, plein de fois comment tu t'appelles encore, donc on commence à oublier, on commence des petites douleurs qui apparaissent de n'importe où là, etc. on se dit que c'est l'âge, c'est l'âge oui... on est en train de vieillir. C_02

Pour d'autres, non seulement le vieillissement évoque-t-il des pertes, mais il est associé à la maladie : « C'est la maladie que la vieillesse nous apporte. » (CF2_13). Leurs propos révèlent une prise de conscience de la médicalisation de la vieillesse, comme le dit avec humour cette dame congolaise.

Mais à partir du moment où le médecin de famille commence à vous envoyer chez le spécialiste, on les appelle les logues : le rhumatologue, le cardiologue (rires), le gynécologue... alors quand on commence à aller chez tous ces « logues » là ça veut dire que ça va mal... On a vieilli. C_06

Ou comme le font ressortir les propos d'un participant vietnamien : « Quand vous êtes vieux, il y a des limitations. La santé est moins bonne. À part les maladies et tout ça. Donc ça veut dire que vous n'êtes plus en santé ». V_31

Autant certains répondants originaires du Canada que ceux venant du Congo ou d'Haïti intègrent en partie la conception occidentale du vieillissement, dominée par un discours médical où le vieillissement est synonyme de maladie, de métamorphoses physiologiques difficiles à accepter (Trincaz, 1997).

Le mot vieillissement tout ça... c'est plutôt en termes de déclin physique personnellement. Mais malheureusement ce qu'on appelle les maladies du vieillissement comme on les appelle, c'est quand il y a un certain déclin physique et mental aussi. C_02

D'une manière générale, ils assimilent le vieillissement à des déclin aussi bien au niveau de leur santé mentale que de leur santé physique.

Le rapport à soi au vieillissement se trouve modifié quand la perte de l'autonomie est avérée et entraîne des limitations fonctionnelles, ainsi que l'exprime CF2_16, un homme de 73 ans : « Si on n'est plus capable de marcher tout seul. Si on est obligé de se faire aliter, si on est obligé de se faire laver aussi, moi c'est ça vieillir. »

Ainsi, en ce qui a trait au vieillissement, nos données confirment les résultats des travaux de Wray (2007) et de Grenier (2011) qui associent le vieillissement à l'autonomie. En effet, bien qu'ils aient en général mentionné que le vieillissement peut se vivre avec la maladie, plus que la souffrance que celle-ci peut engendrer, ce que redoutent les aînés par-dessus tout, c'est de perdre leur autonomie et par ricochet leur indépendance.

Pourtant, malgré les diminutions sues évoquées, il appert pour la majorité des aînés que nous avons rencontrés que l'expérience du vieillissement n'est pas en soi un problème. Un répondant vietnamien fait remarquer que ce n'est pas la maladie qui est problématique (pas plus que le vieillissement d'ailleurs) : « Les maladies, tout ça, ce sont des détails. » (V_31) Dans le même sens, plusieurs ont exprimé que le plus difficile en vieillissant, c'est le deuil de cet atout vital qu'est l'autonomie. Cette autonomie aurait tendance à diminuer quand la santé est plus précaire ainsi que le traduisent I_35, une aînée de 83 ans et CF2_16 un homme de 73 ans.

Même si je suis très lente ça ne me fait absolument rien, mais le fait de ne plus être autonome ... Pour moi on ne vieillit pas sans avoir de problèmes, on a des problèmes, mais qui permettent d'être indépendant sans être une charge sur la famille ou les enfants. I_35

Moi vieillir, tant que je vais être autonome, aucun problème, je me sens bien. Je suis capable d'organiser ma vie pour que je ne trouve pas le temps long. Je trouve que ce qui est le plus pénible, je mets le mot pénible, pour vieillir, c'est quand on n'est plus autonome...Tant que je vais être autonome, il n'y a pas de problème. CF2_16

Ainsi, la majeure partie des répondants, nés ici ou ailleurs, hommes ou femmes, en début de vieillesse ou très âgés, conçoivent le vieillissement par rapport à leur autonomie qui elle est liée à la santé, ainsi que nous le verrons dans la prochaine section qui aborde leur conception de la santé. Pour eux, le vieillissement est fonction de l'autonomie vue comme la capacité à agir et à vaquer à ses occupations quotidiennes.

Autrement dit, si un individu est en mesure d'accomplir ce qu'il envisage de faire par lui-même, il ne se considère pas comme vieux, et ce, même s'il souffre des « maladies du vieillissement » comme le signifie C_02, un homme de 67 ans. On avance certes en âge, mais on ne « vieillit pas »; le sentiment d'être « vieux » est subverti par l'autonomie que les aînés craignent de perdre ou ont tendance à voir s'effriter dans le vieillissement.

Par leurs propos, ils estiment que certaines pertes associées au vieillissement à l'instar de la maladie, sont « acceptées » tant qu'elles n'empiètent pas sur leur indépendance et sur leur aptitude à fonctionner. L'expression d'une participante congolaise de 75 ans sur la question en dit long. Elle soutient que le vieillissement n'est qu'un processus naturel à suivre « tant que je suis capable de faire mon ménage seule. Je suis capable de sortir aller faire mes choses seule. » (C_06) Elle est supportée par la majeure partie des participants qui abondent dans le même sens.

L'analyse du discours des participants montre qu'en général leurs réponses sur l'importance de garder son autonomie lorsqu'on vieillit convergent, indépendamment de leur pays d'origine. Cependant, il convient de noter que cette appréhension du vieillissement sous l'angle de l'autonomie est pour quelques aînés immigrants, notamment les Congolais, influencée par le contexte culturel dans lequel ils évoluent depuis leur arrivée au Canada. La vision est tout autre dans le pays d'origine. Au Congo, et en Afrique Noire en général, l'âge de la vieillesse est aussi l'âge du renoncement même involontaire de l'aîné à sa participation à des actes habituels de la vie quotidienne (Seck, 2009; Noubicier, 2012). Les us et coutumes qui y prévalent incitent certains comportements sociaux vis-à-vis des personnes qu'on estime vieilles. Elles sont démisées de certaines tâches telles qu'aller faire des courses, puiser de l'eau, faire l'épicerie, etc. Les plus jeunes dans un élan de « redevance » envers les aînés, se doivent d'aider les plus âgés en les prenant en charge, même si ceux-ci sont encore capables et autonomes. Les rapports intergénérationnels y sont marqués par

l'obligation morale qu'a l'enfant de s'occuper de son parent âgé. Cette obligation d'aide ou de « retour » (Furstenberg, 2003) fait partie des normes sociales de responsabilité filiale rarement repoussées par l'aîné en terre natale, ce que confirme d'ailleurs cet extrait :

Dans mon pays, une dame de 65, 67 ans comme moi, j'allais déjà rester là à envoyer les autres « donne-moi, allez me chercher ça ». Vous comprenez, mais ici, je suis capable de faire mon ménage seule. C_07

Cette culture se retrouve également dans la société traditionnelle vietnamienne qui prône le culte de l'ancien et le respect filial à la personne âgée²³. Alors, comment expliquer que ces aînés promeuvent l'autonomie pour un mieux vieillir? Nos travaux font émerger que plusieurs des participants originaires du Congo et du Vietnam pensent que l'autonomie ou comme nous le nommons le « faire soi-même » est vital dans la vieillesse. Ils adoptent ainsi une posture occidentale qui valorise l'autonomie et l'indépendance, voire la réalisation de soi (le toujours capable). La plupart de ces aînés, qui ont vécu au moins 30 ans au Québec, « intériorisent les normes et les standards » du pays d'accueil et les intègrent dans leurs schèmes de pensées comme l'ont démontré Charpentier et Quénart (2015, p. 256) dans leurs études sur les femmes aînées immigrantes et leur rapport au vieillissement. À l'instar des travaux de ces chercheuses, nos résultats montrent que la migration peut influencer le sens que les aînés immigrants donnent au vieillissement. Une bonne proportion des aînés rencontrés se représente la vieillesse prioritairement à travers le prisme de l'autonomie. Être autonome s'articule autour d'un « ne pas dépendre » qui implique de pouvoir encore vaquer à ses occupations, d'être capable, et ce nonobstant la maladie, la souffrance, ou la douleur.

²³ Récupéré de <https://www.capretraite.fr/blog/actualites/tour-monde-prise-charge-aines-differentes-cultures/>

Mais comment entendent-ils vivre leur vieillissement tout en étant conscients qu'ils peuvent perdre sans préavis ce à quoi ils tiennent le plus, à savoir cette autonomie?

5.1.2 Une acceptation sereine du vieillissement malgré tout, et de nouvelles perspectives de vie

Alors que la plupart des répondants ont signifié que l'expérience du vieillir entraîne inexorablement des pertes et des incapacités, on peut penser que la vieillesse ou le processus de vieillissement s'avère pénible pour eux. Cependant, à la lumière de nos analyses, une grande majorité des répondants soutient que malgré les pertes, ils font le choix d'accepter ce qui leur arrive. Au-delà des pertes de l'autonomie et de la dépendance qui peuvent amener à se sentir diminué et à se considérer comme vieux, l'acceptation leur semble essentielle pour un « mieux vieillir ». C'est pourquoi, du point de vue de nombreux participants, la vieillesse est aussi en rapport avec la façon dont ils l'appréhendent personnellement.

De l'avis de la majorité, le vieillissement n'est qu'un continuum de la vie qu'il vaut mieux accepter. CF1_09, un homme de 68 ans justifie ce choix en affirmant que c'est le moindre mal « parce que, si on n'accepte pas ça, ben là on devient irritable, on ne profite pas de la vie qui nous reste finalement. » La vieillesse apparaît ainsi comme un incontournable dont ils n'ont pas de choix. G_27, une participante grecque de 88 ans montre par ses propos que le vieillissement fait partie de leur destinée et qu'ils ne peuvent pas y échapper : « That's our life you know. We can not stay young all of our life. You know. » (G_27)

Ces résultats révèlent à l'instar des travaux de Cossette et Pépin (2001) qu'une acceptation positive de la vieillesse face aux pertes serait aidante et faciliterait l'avancée en âge. Adhérant à une conception naturaliste du vieillissement, plusieurs participants estiment en effet que le corps humain subit de l'usure depuis la naissance jusqu'à la mort, et qu'ainsi « vieillir c'est continuer de vivre. » (CF1_09) Dans le même

ordre d'idées, CF1_11, âgé de 73 ans, considère que le vieillissement est une autre étape de la vie qu'il choisit d'adopter : « fait que, moi continuer de vivre, c'est le vieillissement. Et puis on a des étapes dans la vie, et puis on passe par là et la vie est belle. » Conséquemment, les aînés intègrent ce temps de leur existence comme faisant partie de l'ordre naturel des choses, d'un processus normal du « cycle de vie » (Houde, 1986).

Ce vieillissement-là, je le vois comme normal et je me compte chanceux.
Et je rends grâce au Seigneur. J'ai 83 ans. Je rends grâce au Seigneur moi.
Je suis bien. CF1_08

Because we go through many things in life and dramatic things you know, traumatic things. But we were always very strong both of us. It was a gift from God, that's how I take it. Yes. Like I said before I think I am blessed, for having this age. Well, I am today 75. And I enjoy life. It is a gift from God for me to be here. G_27 .

Partant de ces conceptions plutôt naturalistes, plusieurs participants refusent de voir le vieillissement uniquement à travers le prisme du déclin ou de la fatalité. Plus encore, ils cherchent à donner un sens positif à cette étape de vie qu'ils se considèrent chanceux de vivre.

Les travaux de Charpentier et Quéniart (2015) sur les représentations du vieillissement chez les femmes aînées québécoises et immigrantes mettent en évidence « une tendance dominante à accepter l'avancement en âge et même à y trouver des avantages. » (Ibid. p. 255) Notre recherche confirme cette position; de nombreux points de vue recueillis allant dans ce sens. Ils dévoilent « une conception naturelle de la vieillesse » qui amène les participants à accepter le fait de vieillir et de le concevoir comme un cheminement normal de l'existence. Plus qu'un acte qui suit le cours de la vie, le vieillissement est considéré par certains comme respectable et même positif ainsi que l'atteste ce répondant de 68 ans d'origine congolaise : « Chez nous, considérer être vieux n'est pas nécessairement négatif. » C_02 Il est soutenu par C_06, âgée aussi de 68 ans pour qui

« c'est une forme de respect, c'est un signe de respect » Cette appréhension du vieillissement présente dans la culture congolaise et que nous avons expliquée ci-haut, avait été révélée dans nos travaux antérieurs (Noubicier, 2012). C'est dire que les années de vie passées au Canada, tout en teintant les conceptions du vieillissement, n'effacent pas les valeurs acquises dans le pays d'origine, puisqu'en Afrique Noire, être vieux est une marque de respect généralement agréée par les aînés (Nshimrimana, 2003).

C'est dans cette lancée que les participants refusent de voir le vieillissement comme une fatalité, et rejoignent dans leurs propos des éléments de « l'intégrité personnelle » telle que développée par Erikson (1977). Ce dernier caractérise cette façon de penser comme la capacité de suivre l'ordre naturel des choses. Les aînés de notre recherche intègrent majoritairement ce temps de leur existence, le considérant comme un processus ordinaire du « cycle de vie » (Houde, 1986) qu'il faut apprécier encore plus parce que comme le dit avec sagesse V_30, un participant vietnamien de 81 ans, « days are short and getting shorter ».

Au final, ce qui émerge du discours des quarante-quatre personnes âgées qui ont pris part à nos groupes de discussion, c'est que le vieillissement est caractérisé par des pertes certes, mais qu'il vaut la peine de l'appréhender sereinement pour vivre ces derniers moments de la meilleure des manières. Mais au-delà de l'acceptation, le vieillissement leur permet d'adopter un nouveau regard face à la vie.

À cet effet, nous notons que, quel que soit leur âge ou leur parcours migratoire, qu'ils aient un niveau de scolarité élevé ou non et nonobstant leur classe sociale et leur genre, nos participants considèrent que le vieillissement ouvre de nouvelles perspectives de vie. Refusant de se cloîtrer dans une acceptation fataliste et laxiste de leur destinée, plusieurs veulent reconvertir le temps qui leur reste en une occasion privilégiée : celle de profiter de leur expérience passée pour reconsidérer le futur. C'est ce qui ressort des

propos tenus par quelques-uns de ces aînés âgés respectivement de 72, 74 et 89 ans, qui parlent même de « chance », d'« autre besoin », d'« être de meilleures personnes » (traduction libre) :

Je considère que le vieillissement, c'est comme une chance aussi qui nous est donnée de mettre en pratique des choses qu'on aura apprises tout le long de notre parcours [...]. C'est un processus qui nous amène vers une fin assurée, cela c'est sans doute, mais, et tant et aussi longtemps que cette fin-là n'arrive pas, on remercie. H_23

Mais par contre, on éprouve un autre besoin. Le besoin de rester plus avec la famille; un besoin de socialiser, de rencontrer des amis, pour parler, pour qu'ils nous comprennent. Et on s'implique davantage [...], il y a une tendance à chercher un chemin vers [...] quelque chose qu'on peut tenir, auquel on peut s'accrocher, sinon on sera perdu. C'est ça la vieillesse. À peu près quoi. V_31

Yeah, I will say aging for me is something where I learned to do better in my life, because I see how I have lived and now I see how I want to live. That's what I'm planning to do as I move along, so I can be more helpful in the world. When you are younger, there are all kinds of pressures that lead you into many difficulties, sometimes hard to deal with and hopefully you should get older if you keep yourself healthy and you have absolutely more time. I don't find that so, but I think you can plan to be a better person all way around. CA_40

De l'analyse de leurs discours, il ressort que le vieillissement est vu comme un moment privilégié où l'aîné développe une « nouvelle » prise de conscience, qui est fortement liée à la proximité de la fin de vie. Cette attitude, qu'on retrouve dans les réflexions émises aussi bien par les aînés canadiens qu'immigrants, rejoint les études de Torstam (2000) et peut être associée à la notion de « gérotranscendance » que nous avons évoquée dans le chapitre deux. La théorie de la gérotranscendance repose sur le « changement transcendantal de la définition de la réalité » adopté par l'individu âgé et qui lui donne d'éprouver une « nouvelle perspective cosmique dans la vieillesse ». Conséquemment, dans la majorité des groupes de discussion que nous avons tenus,

plusieurs participants font valoir que le vieillissement change les priorités et le regard qu'ils portent sur la vie. Cette nouvelle posture, qui va dans le sens d'une plus grande appréciation de la vie, d'un « better », serait entre autres assignable au temps que libère et rend disponible le vieillissement. Certains répondants l'attribuent aussi à l'expérience qu'ils ont acquise tout au long de leur vie et qu'ils continuent d'ailleurs de développer avec plaisir.

Peut-être oui, parce qu'on a plus de temps, on n'a plus de temps pour peut-être apprécier les choses, voire plus, comme on a beaucoup plus d'expérience en vieillissant. Donc, on voit les choses différemment. H_22

Aging for me has been a surprise and I'm always learning something new every day and it is much better than I thought. My life like now, has improved over the years. The older I get, the better I think. I am inside not necessarily health wise but just better, everything is actually better and easier to do now, so it's a good thing. CA_45

Et la vieillesse maintenant c'est qu'on s'arrête et on prend une vitesse moins vite, pour savourer la vie, pour repenser un peu au passé qu'on a vécu et voir un peu de quelle manière on peut améliorer et prendre de l'espoir, au lieu de penser que « oh! je suis rendue vieille, je ne peux plus rien, je ne suis pas bonne pour la vie ». Donc, essayer d'échapper à ces, on dirait des pensées pessimistes. Voilà c'était ma conception devant la vieillesse. V_32

Le temps dont ils disposent et la maturité gagnée les incitent à poser différemment leur regard sur les événements difficiles et stressants. Mais tous n'ont pas les conditions de vie ni la propension à appréhender la vie « positivement », comme tiennent à le préciser CF1_08, un participant de 83 ans, et V_32, âgée de 72 ans.

À l'âge où que je suis rendu là, je peux vous le dire, j'ai 83 ans... Mais, quand on évolue, qu'on vieillit, on apprend parfois à voir autrement, on se rend compte qu'il y a des choses ben moins importantes, hein ? On peut accorder moins d'importance à beaucoup de choses. Donc, quelqu'un se sentira pas mal de vivre des changements. Pour moi, j'ai gardé l'essentiel. Et, je suis bien, mais tout le monde n'est pas bien. Parce qu'il y en a qui

vont se comporter toujours un peu... comment est-ce que je dirais ça ? Ils vont toujours regretter ce qu'ils vont faire. CF1_08

Pour moi c'est un aboutissement à une autre étape de la vie. Et cette étape-là, dépendamment de chacun qui pense d'une manière positive ou négative. Donc heu il suffit de prendre ce qui est beau et puis ne pas négliger des beautés de la vie. Mais c'est le temps de réfléchir à l'avenir, mais l'avenir proche qui est un peu comme court et essayer de voir la vie positivement. V_32

Dans leurs réflexions sur le sens qu'ils donnent au vieillissement à cette étape de vie, l'imminence de la mort est souvent évoquée. Comme de raison, un consensus se dégage sur le fait que le vieillissement conduit inéluctablement à la mort et rend davantage conscient que la fin est proche. Quelques-uns éprouvent un sentiment de finitude qui les incite à entrevoir différemment les moments qui leur restent à vivre. Les jours sont comptés et la vie possède une date d'expiration, comme s'exclame cette dame de 82 ans: « It is limited and there is an expiry date, and we can't just take it for granted [...] I realized my mortality ». CA_44 D'autres participants l'expriment autrement en affirmant comme H_23 que le vieillissement est « un processus qui nous amène vers une fin assurée. » C_03 pour sa part estime qu'il dispose d'assez de temps désormais : « On est retraité. On a le temps de se préparer pour l'au-delà et alors dans ce stade-là c'est le stade de vieillissement. C'est à partir de ce stade-là. On appelle vieux. » L'étape de sa vie à laquelle est rendue CA_43 la conscientise sur son sentiment de finitude, et l'amène à se questionner avant de poser certaines actions. Voici une partie de ses réflexions : « I don't want to go on too long, but now I find out I'm thinking in terms of should I buy this new, because I might die soon [...] I want my term to be meaningful.»

La conscience d'une mort proche contribuerait à un certain « repositionnement face à la vie », amènerait à entrevoir l'avenir différemment et, comme nous le verrons, accentuerait chez certains aînés des besoins spirituels. C'est encore une des conclusions de la théorie de la gérotranscendance développée par Torstam (2000), selon laquelle, en regard du temps qui lui reste à vivre et dont elle s'approprie, la personne âgée

adopterait une nouvelle façon de se voir et de voir le monde. Cela dit et observé dans nos résultats, c'est le caractère universel de la théorie de la gérotranscendance, qui mérite nuance et discussion.

La nécessité de se rapprocher davantage de la spiritualité en vieillissant pour être meilleur, se sentir utile et s'accomplir a été évoquée explicitement dans les groupes réunissant les aînés vietnamiens, comme le révèlent ces deux premiers extraits, paroles d'un homme de 74 ans (V_31) et d'une femme de 67 ans (V_32) tous deux arrivés au Canada en tant que réfugiés. Dans d'autres groupes de discussion, plutôt que de se voir comme des personnes spirituelles, les participants se sont plutôt qualifiés de « sages ».

Comme je vous disais, plus on vieillit, plus on est plus conscient de la spiritualité. Plus on voit les choses différemment. Plus on approfondit plus qu'avant. Avant, la spiritualité existe aussi, mais on n'approfondit pas. Mais plus on vieillit, plus on approfondit. C'est pour ça qu'on va faire des recherches, il y a des gens qui vont vers des pensées philosophiques ou intérieures, pour regarder en soi-même, il y a des gens qui vont vers la religion. Ils doivent croire à quelque chose. C'est ça. V_31

Pour moi la spiritualité vient à ce moment-là, lorsqu'on est plus calme, ou qu'on est devenu plus sage dans la vie. Et on se penche d'une manière naturelle vers la spiritualité, beaucoup plus que lorsqu'on était jeune. V_32

Et me voici avec les sages, puisque j'en suis un aussi. Je suis rendu à l'âge où, on peut le dire, et me voici avec les sages pour trouver l'espace, pour que l'on puisse accomplir les œuvres on a besoin de ça aussi, voilà. H_23

D'une manière générale, nous constatons que le vieillissement tel que conçu par les participants de cette recherche donne lieu à une double signification. D'un côté il constitue une étape difficile de la vie, une épreuve même, en regard des nombreuses pertes (et maux) qui l'accompagnent, mais les aînés le considèrent comme faisant partie du cycle de vie et l'acceptent. De l'autre côté, il représente une opportunité, une « chance » qui vaut la peine d'être entretenue et qui ouvre de nouvelles perspectives de

vie. Certains le mettent en lien avec une spiritualité accrue. Cependant pour ceux qui veulent vivre le vieillissement de la meilleure des façons, il est tributaire de l'autonomie fonctionnelle, cruciale pour se considérer en santé, ainsi que nous le développons dans la section qui suit. Nous remarquons en effet que les discussions sur le sens du vieillissement que nous avons analysées mettent en évidence son lien étroit avec la santé ainsi que le dévoile G_29.

Health, like my friend told us, is the most important thing that we get from the life. Health. We try to keep it as much as we can, our health in good shape. Because if the health is in good shape and all of that, you can move, you can think, you can act, you can work, you can do anything you want. If you start caring some of this, you feel like it comes the time where the rest of you is going to disappear. You know. G_29.

Comment le sens donné à la vieillesse par nos répondants induit-il la façon dont ils se représentent la santé? En regard du lien évident entre le vieillissement et la santé qui émerge de l'analyse du discours des aînés dans l'appréhension de la vieillesse, il devient alors intéressant de nous attarder sur le sens qu'ils donnent à la santé.

5.1.3 Une représentation diversifiée et multidimensionnelle de la santé sous le prisme de l'autonomie

La revue de littérature que nous avons faite nous avait amenée à constater que la question du vieillissement est souvent connectée à celle de la santé, à tel point qu'avec l'importante croissance de la population vieillissante, l'OMS²⁴ (2016) considère le vieillissement comme un problème de santé publique. Aussi avons-nous jugé utile d'interroger les aînés sur le sens qu'ils donnent à la santé immédiatement après avoir abordé celui du vieillissement.

²⁴ Organisation mondiale de la santé, Récupéré de <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/reunion-technique-internationale-sur-le-vieillissement-a-domicile/>

Notons que les questionnaires sociodémographiques que les participants (44) étaient invités à remplir révèlent que parmi ceux qui l'ont fait, 20/34 ont déclaré avoir des problèmes de santé liés à des cancers (CA_42; CF1_09), au diabète (I_36, CF2_09; CA_41; C_03; H_19), à des chirurgies diverses (I_36; G_26; G_28), au cœur (CF2_14; CA_40; G_26; G_28; CA_42), à l'hypertension (C_02; C_07), à la prostate (CF1_10), à l'hystérectomie (CA_43) et à la glande thyroïde (H_21). Les quatorze (14) autres (environ 32%) ont dit bien se porter ou n'avoir rien d'important, tandis que dix (10) participants n'ont pas répondu.

D'une manière générale, les aînés que nous avons interviewés y sont allés par étapes pour exposer leur vision de la santé. La représentation qu'ils s'en font est fortement teintée par leur image personnelle du vieillissement. Comme développé dans la section précédente traitant du sens donné au vieillissement, il appert à travers les propos de la majorité que la détérioration de la santé physique et cognitive est une conséquence de l'avancée en âge.

Alors c'est quoi la santé? La santé c'est la capacité d'une personne de vivre normalement. Comme il le disait, il n'y a pas de limitation. Quand vous êtes vieux, il y a des limitations. La santé est moins bonne. À part les maladies et tout ça. Donc ça veut dire que vous n'êtes plus en santé. Mais la santé, ça décrit la condition d'une personne de fonctionner correctement, de vivre sa vie. V_31

Quand tu commences à te poser plein plein de fois comment tu t'appelles encore, donc on commence à oublier, on commence des petites douleurs qui apparaissent de n'importe où là, etc. On se dit que c'est l'âge, c'est l'âge oui...C'est l'âge... on est en train de vieillir. C_02

Pour ces aînés aux multiples caractéristiques sociale, ethnique, économique, etc., la santé ou plutôt la précarité de la santé est la résultante du vieillissement. La conclusion de cette dame italienne de 83 ans résume la pensée de plusieurs : « l'âge amène des problèmes de santé ». I_35

Cette façon de concevoir la santé en lien avec le vieillissement, cadre avec les travaux de nombreux chercheurs, dont ceux de Jaeger (2018), qui soutiennent que le vieillissement affecte la morphologie et les fonctions physiologiques des personnes et peut avoir des conséquences sur la santé. De ce fait, la conception naturaliste du vieillissement adoptée par plusieurs de nos répondants influence leur conception de la santé. De leur point de vue, une détérioration de la santé dans la vieillesse ne doit pas être prise pour une maladie, car certaines pertes sont « normales » et prévisibles eu égard à l'avancée en l'âge. CF2_10 est un homme de 75 ans qui a des problèmes au niveau de sa prostate, et qui fort de ces constats témoigne ironiquement qu'il s'attend à « ces petites choses » qui empiètent sur sa santé et qui sont la conséquence du fait qu'il vieillit. La réflexion de H_23, un aîné de 73 ans qui déclare avoir le diabète, va dans le même sens quand il soutient que le processus normal du vieillissement conduit à une diminution de ses capacités.

On n'y pense pas. Ça devient naturel. On se dit... Moi dans mon cas, je me dis, ben arrivé à 65 ans il va arriver des petites choses-là que j'avais pas quand j'étais plus jeune. Donc c'est sûr, on s'en attend qu'il va en avoir. C'est sûr que ça nous surprend un peu quand ça nous arrive, mais on s'en attend. CF2_10

Comme une parabole, vous savez en mathématique où les cloches là, vous savez de ce côté-ci, (Mr dessine une image) et on monte et on arrive au maximum là, et puis il y a le déclenchement de cette descente [...] et la vieillesse pour moi alors, n'est plus qu'un processus...c'est, de dire que bon là maintenant j'ai moins de possibilités de faire quelque chose, et bien je vais essayer de m'adapter pour faire au plus. H_23

Autant ceux qui se trouvent en forme que ceux qui ont affirmé avoir des problèmes physiologiques divers ne réfutent pas la présence de la maladie, mais pensent qu'on peut être malade et se dire en santé. Dans cette logique, V_31, un aîné de 74 ans s'exclame que « les maladies tout ça ce sont des détails! ».

En regard de ce développement, plusieurs questions peuvent se poser. Si le vieillissement conduit dans la plupart des cas à souffrir de différents maux, comment peut-on être affecté au niveau de sa santé et la trouver bonne? Et si la santé n'est pas l'absence de maladie, que représente-t-elle pour les aînés qui ont participé à notre recherche?

Pour ces personnes qui souffrent à des degrés divers de maladies, il appert au travers de leurs réponses que la santé revêt un caractère subjectif et multidimensionnel. En effet, bon nombre de participants ont affirmé que la notion de santé est personnelle et varie d'un individu à un autre. Considérant que se prononcer sur le sens donné à la santé n'est pas évident, C_04 et V_30 répondent assez évasivement en disant que : « la santé c'est la façon dont vous vous sentez, c'est individuel » (C_04) et la santé c'est « vaste [...], il y a différents paliers de santé! ». (V_30) Pour sa part, C_03 illustre par ses propos que la santé prend la forme d'un sentiment ou d'une sensation personnelle vue comme un état qui permet de se considérer en bonne ou en mauvaise santé.

D'une manière générale, la santé c'est l'état. Raison pour laquelle on dit « bonne santé », « mauvaise santé ». L'état dans lequel... je me réserve de dire l'état dans lequel on se trouve parce que là maintenant il faut... il faut savoir dans quel état on est. On est en bon état ou dans l'état de maladie ? Donc d'une manière générale, c'est l'état. C_03

Par la suite, quelques répondants ont signifié qu'il existe diverses formes de maladies et par ricochet diverses sortes de santé dont la santé physique, la santé mentale et la santé spirituelle. La santé physique réfère à ce qui touche l'aspect physiologique, tandis que la santé mentale concerne la psyché. C'est ce que soutient V_33 : « Bon il y a deux types de maladies d'abord les maladies physiques et les maladies mentales ».

La santé spirituelle quant à elle représente ce qui a trait à la spiritualité et aux croyances des personnes, et d'autres participants l'intègrent à leur conception de la santé.

Pour la souffrance physique, on prend des médicaments [...] Pour la souffrance spirituelle, quelqu'un qui ne se sent pas bien en soi-même, ou qui a des pensées pas normales, alors cela il y a de l'aide aussi. I_35

Pour moi la santé spirituelle et la santé physique d'abord. La santé physique c'est comme [...] ça nous permet de faire de choses [...]. Parce que ça prend aussi que je sois en bonne santé physiquement, mentalement et spirituellement. C_07

Nous trouvons judicieux de mentionner la symbolique particulière que revêt la santé dans les cultures vietnamienne et congolaise ainsi que l'ont fait ressortir des participants originaires du Vietnam et du Congo. Dans les traditions vietnamiennes, la philosophie de la religion bouddhiste incite à faire du bien, et la perspective de la santé résulte de la capacité de chaque individu à mettre en pratique les valeurs religieuses. L'ensemble des répondants originaires du Vietnam attestent que selon leurs préceptes, ce sont les bonnes actions et les bonnes interactions qui permettent d'avoir une bonne santé. Autrement dit, des relations interpersonnelles positives sont susceptibles d'entraîner une bonne santé mentale, qui à son tour aboutira à une bonne santé physique. Ils expliquent que si un individu souffre de maladie ou d'autre chose nocive pour sa santé, c'est la conséquence de ses mauvaises actions passées. Aussi a-t-il tout intérêt à bien se comporter pour ne pas porter sur lui le poids de ses mauvaises actions. Les Vietnamiens sont majoritairement de confession bouddhiste; une religion qui croit en la vie antérieure et en la vie ultérieure. Pour eux, ce qu'on fait aujourd'hui influence la vie passée et la vie dans le futur, d'où l'incitation à faire du bien.

Parce que si vous faites du bien alors à ce moment-là si vous ne récoltez pas du bien dans cette vie-ci, de bonnes choses, du bien, alors ça va profiter dans une vie plus tard. C'est comme si vous mettez de l'argent à la banque. V_31

C'est également sur le socle de la religion ou des croyances que quelques participants congolais assoient leur conception de la santé. Ils accordent un rôle au respect des valeurs spirituelles, et soutiennent que le fait d'être malade est en lien avec le « péché »

ou avec un mauvais sort jeté par une personne qui ne vous veut pas du bien. En bref, c'est une désobéissance à la doctrine religieuse ou l'inimitié quelconque d'une connaissance qui peut être la source de la souffrance. C_02 explique l'origine de la maladie en ces termes :

Quand on est malade dans la tradition africaine et dans tout Africain, il y a toujours ce réflexe-là de savoir : qu'est-ce que j'ai fait? Qu'est-ce que les gens autour de moi ont fait ? C'est un réflexe, peu importe ce que nous vivons ici, parce que généralement en principe nous ne voyons pas qu'une maladie survient simplement par hasard. Nous croyons fondamentalement qu'il y a une cause, un péché qu'on a commis ou qu'un membre de la famille a commis... Alors quand la maladie frappe ...il y a toujours cette question-là, spirituelle en fait, de savoir qu'est-ce que j'ai fait? C_02

Ainsi la santé tient de ce qu'il faut être « pur » et ne pas avoir commis une faute relative aux préceptes religieux ou autres. Les participants congolais ont dit croire en des puissances maléfiques dont les pouvoirs peuvent avoir des conséquences sur la santé des individus. Nous le développons davantage dans la section relative à la spiritualité.

De l'avis d'autres répondants, une bonne santé physique peut avoir un impact positif sur la santé mentale et la santé spirituelle, et une santé mentale défaillante peut impacter négativement la santé physique et/ou la santé spirituelle, et vice versa. Les propos de CA_43, une femme canadienne anglaise de 65 ans qui se dit en relative bonne santé, sont révélateurs à ce sujet : « The healthy mind, the healthy body or the mind and the body walk together ».

Au-delà du dualisme représenté par une bonne et/ou une mauvaise santé, et des causes ou facteurs explicatifs de cet état, la majorité des répondants précise que la santé est un état de bien-être qui concerne à la fois les dimensions physique, mentale et spirituelle. Ils estiment que l'important c'est d'en être conscient et d'en profiter.

Moi c'est la conscience de l'état du bien-être, dont on jouit qui fait en se réveillant le matin on n'a pas de problèmes [...] cet état de bien-être dont on peut profiter pendant une journée [...] on est en santé. Pour moi c'est ça la santé. H_20

G_24 pour sa part déclare simplement que « Health means that you are in good shape ». Plusieurs autres participants procèdent en raisonnant par antithèse et affirment que la santé, ce n'est pas l'absence de maladie²⁵. L'expérience de CF1_09 qui se dit en santé malgré qu'il ait reçu un diagnostic de diabète, d'hypertrophie de la prostate, et de l'apnée du sommeil, est très révélatrice de cette dernière assertion. De son point de vue,

La santé c'est pas ne pas avoir de maladie. À mon sens à moi c'est, malgré la maladie, si c'est bien traité ... Si j'accepte de m'adapter avec, puis que là je reprends le dessus sur quelque chose, ben je suis en santé. CF1_09

De son côté CA_43, une dame canadienne-anglaise de 65 ans qui est sujette à des crises diverses et qui a subi une hystérectomie, estime également qu'elle est en santé.

I have crises and cricks and I have problems with my back that I have had for a decade, but the whole thing is that, sure I'm achy but ...I'm healthy so, it helps my body because it helps my mind...My health is good as a result of it, despite my crisis, that's it. CA_43

Âgée de 81 ans et souffrant de douleurs au niveau de sa bouche, la logique de I_36 est similaire à celle des répondants précédents : elle se considère en santé malgré ses maux buccaux : « [La santé] c'est pas avoir des tares qui rendent fragile...par contre, moi avec mon problème de bouche, je me trouve en santé malgré tout ». I_36

Chose étonnante, les aînés qui ont tenu ce raisonnement sont pour la plupart originaires des pays occidentaux, où la « maladie bien traitée », permet de « vivre sa vie

²⁵ Cette définition est identique à celle donnée par L'OMS (1946) selon laquelle la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmité.

normalement ». Quelques participants congolais et haïtiens notamment, pensent pour leur part qu'avoir la santé implique qu'il n'y ait pas maladie. Autrement dit, ne pas avoir de maladie, que ce soit au plan physique ou mental signifie qu'on est en santé, et cela se matérialise par « la capacité de faire ce qu'on aime faire, ce qu'on peut faire. » (H_22)

La santé c'est l'absence de maladie. Que ce soit physique ou mental. En ce sens que, on n'est pas malade... et puis les personnes qui n'ont pas de médicaments à prendre, les gens qui n'ont pas de tension qui soit élevée, parce que, on peut ne pas courir à l'hôpital, mais on a ce souci-là, la tension est élevée, on doit prendre des médicaments ou, bien ça nous étourdit. Donc, moi je dis c'est l'absence de maladie. H_22

Dans le contexte de notre recherche, la signification donnée à la santé s'avère ainsi différente selon le pays de naissance de l'ainé. Levesque et ses collaborateurs (2007) confirment dans leurs travaux les résultats auxquels nous sommes parvenus et montrent que dans un même pays, le regard que les personnes peuvent porter sur la santé dépend bien souvent de la culture et de leurs origines.

Après avoir structuré leurs idées en catégorisant la santé (selon ses dimensions physiques, mentales et spirituelles) et en précisant ce qu'elle n'est pas ou ce qu'elle est, les participants mettent de l'avant qu'elle se résume en un élément essentiel à cette dernière étape de leur existence : l'autonomie. Subséquemment, être en santé, comme l'évoquent plus d'une fois plusieurs répondants, prend sens et forme dans la capacité à se mouvoir par soi-même et à interagir avec ses semblables. L'autonomie est le piédestal sur lequel s'enracine le sentiment d'être en santé et implique l'autonomie fonctionnelle et l'autonomie relationnelle.

L'autonomie fonctionnelle : la capacité de vaquer à ses activités

Comme nous l'avons souligné précédemment, c'est une grande majorité des participants qui soutient que la santé ne se définit pas par l'absence de maladie. Cependant, que ce soit ceux qui soutiennent ce raisonnement, ou ceux qui pensent que le fait d'être malade équivaut à n'avoir pas la santé, ils convergent vers un même constat : la santé représente le fait de pouvoir cheminer de manière indépendante, de se sentir autonome. Être autonome équivaut à être en santé et vice versa. L'autonomie est cruciale et symbolise pour plusieurs le gage qu'ils sont en santé, et ce nonobstant le genre, l'âge, l'origine, le revenu ou la profession. Le cri de cœur lancé par la presque-totalité des répondants est qu'ils puissent maintenir leur capacité fonctionnelle en vieillissant.

Surtout ne pas être dépendant, même si on est souffrant. Plus que tout, ce qu'ils craignent de perdre c'est l'indépendance qu'ils détiennent encore, ils veulent « être encore capable de fonctionner par eux-mêmes. » (C_07) Nos entrevues dévoilent que l'élément anxiogène ici c'est la dépendance accolée à la perte de l'autonomie.

Parce que moi, ce que j'aimerais c'est comme ne pas être dépendant des autres. On peut être malade, mais ne pas dépendre de quelqu'un. Pour moi c'est ça la santé. Et d'avoir toute ma lucidité. H_21

Donc même si j'ai une maladie ou quelque chose, je l'accepte. Je veux dire j'ai une mauvaise santé si cette maladie m'empêche de fonctionner. Être indépendante jusqu'à un certain niveau. C'est là que je ne suis plus en santé. Lorsque je perds mon indépendance. I_35

C'est pour ça que faut être en bonne santé. Si vous ne n'êtes pas en bonne santé, vous n'êtes plus autonome. C'est pour ça. Et puis les enfants on n'a plus, on n'est pas autonome. Pour être en bonne santé là, c'est pour être autonome. V_33

Fort de ce besoin d'autonomie, la santé est associée au fait d'être en mesure de pratiquer encore des activités de la vie domestique et quotidienne. Comme nous l'avons mis de l'avant au début de ce chapitre, la difficulté linguistique amenait parfois quelques participants à multiplier les exemples à l'effet de bien se faire comprendre. C'est ainsi que C_04 et G_28 insistent sur le caractère dynamique de la santé quand ils affirment ce qui suit:

Je ne sais pas si c'est dans une autre langue, mais en français c'est la santé c'est- à-dire quelqu'un qui a la force. Quelqu'un qui parle bien, quelqu'un qui marche bien. Quelqu'un qui travaille bien. On va dire qu'il a la santé. Il peut aller au travail facilement. Il peut sortir facilement. Il a la bonne santé. C'est ça la santé. Oui. Alors quand quelqu'un, il n'a pas la bonne santé, on voit bien. Il est jeune, mais il ne travaille pas, il est jeune il n'étudie pas. Il ne refuse pas, il n'a pas la bonne santé. Ça se voit c'est moi, il se sent que je n'ai pas la bonne santé. C_04

Health is what makes you be in society. You be able to walk, to breathe, and not have pain. That's... that's something unquestionable of course. You are healthy, you can breathe. So health is to be able to go everywhere you want. Discuss with someone. Be able to communicate with other people. Be able to offer to society. G_28

La santé prend ainsi sens dans un rapport à soi impliquant la capacité de se mouvoir sans recourir à quelqu'un d'autre. Parallèlement, pour plusieurs aînés rencontrés dans notre étude, elle se construit aussi dans un rapport aux autres et même à l'au-delà, ce qui peut être représenté par une santé dans les relations interpersonnelles et sociales, et même les relations à un être suprême ou à l'univers.

L'autonomie relationnelle : la capacité de se connecter

« L'isolement, tous ces problèmes-là. Ce sont des problèmes mentaux ! » (C_02) La relation aux autres est nommée dans le discours de moult participants pour qui la santé prend aussi la forme d'une capacité à se connecter, comme l'indique l'exclamation de

C_02. En regard de ce que nous avons souligné dans la section précédente, il appert que les participants considèrent l'autonomie fonctionnelle comme vitale pour se sentir en santé. Cependant, ils ne s'arrêtent pas à ces considérations et estiment que la santé englobe un autre genre d'autonomie : l'autonomie relationnelle ou la connexion aux autres et même, pour certains, à un être suprême.

C_05 relate son expérience dans la maladie, où le lien intergénérationnel positif bâti avec sa filiation lui redonne de l'énergie. Elle considère que la présence de son petit-fils est génératrice d'un regain de bien-être, puisqu'elle l'encourage à se surpasser et à avoir le dessus sur la maladie.

Oui c'est la réalité, c'est vrai. En effet tu peux être malade comme ça, tu es très malade, alité hein. Mais tu vois par exemple ton petit enfant venir, mais tu vas te lever pour pouvoir servir l'enfant et du coup tu peux même oublier [...] Mais tantôt j'étais alitée, j'étais malade. Mais quand mon petit enfant est arrivé, je commence à me sentir bien. C_05

C'est aussi cette motivation qui explique l'agir de CF1_09 à l'annonce qu'il allait être grand-père. Il avait refusé de traiter une maladie qui le détruisait à petit feu. Dès l'instant où il a appris la nouvelle, son attitude a changé, « moi ça m'a comme réveillé-là pour surveiller plus ma santé. » L'espoir de vivre des moments significatifs avec son petit-fils l'a poussé à entreprendre une action favorable pour sa santé. « J'ai appelé mon endocrinologue pour une pompe à insuline [...], ça faisait longtemps qu'elle m'achalait avec ça pour en avoir une. » Tandis que la grand-parentalité exacerbe la santé de certains participants, d'autres évoquent une implication qui sort du cadre familial, car pour eux, le fait de pouvoir interagir avec les personnes autour de soi est un signe qu'on est en santé.

Les propos de C_03 rencontrent les remarques de quelques répondants pour qui l'interaction avec les autres est un élément fondamental pour la santé mentale. Certes, l'interaction sociale participe au maintien d'une bonne santé, mais sa concrétude varie

en fonction du parcours migratoire et familial de l'aîné, ainsi que du contexte social d'origine. Pour les aînés originaires du Congo par exemple, la solitude issue de l'immigration impacte la santé mentale de ces personnes arrivées ici à un âge avancé (Olazabal *et al.* 2010). Aussi un nombre important d'entre eux affirment que vivre en communauté « c'est le bien-être. » Pour ces aînés « bantous²⁶» pour qui la vie communautaire représente leur « ADN » (C0_1), le fait de se connecter à son entourage est d'autant plus important en contexte migratoire que cela atténue les effets nocifs de l'isolement et de la solitude sur la santé. La solitude est d'ailleurs reconnue dans la littérature comme étant un vecteur de stress affectant l'état psychique et par ricochet la santé (Charpentier *et al.*, 2019; Drageset *et al.*, 2012; Bekhet et Zauszniewski, 2012). Les répondants ont unanimement insisté sur l'effet destructeur de la solitude, en faisant un lien entre leur condition d'immigrant et la solitude à laquelle ils sont confrontés, et qui empiète sur leur état de santé. Ceci est davantage ressenti quand on avance en âge.

Et le problème ... c'était l'intégration, l'isolement, tous ces problèmes-là. Ce sont des problèmes mentaux, généralement on est assez gêné pour parler de ces problèmes mentaux là, mais la santé mentale est aussi très très importante. C_02

La maladie mentale. La solitude...Parce que c'est ça notre ADN même notre identité. Nous sommes des Bantous. Les Bantous c'est la communauté. Nous sommes des Bantous, nous avons des familles élargies. Donc vivre en communauté c'est ça euh...C'est le bien-être... Tu peux être souffrant, mais quand tu vois ton frère venir même dans la maladie ça va... Tu reprends quand même à l'intérieur de vous. ... Parce que ça casse quoi... ça casse la solitude. C_01

Mais il y a ceux qui sont toujours comme elle a dit, toute la journée le lundi, mardi, mercredi, ils ne voient pas d'autres personnes ! ça leur provoque des maladies. Ils ne sont jamais contents. Il faut être avec les autres. C'est une guérison. C_04

²⁶ Populations établies dans le sud du continent africain.

Cette conception de la santé associée à la vie en communauté se manifeste autrement dans plusieurs autres groupes de discussion. Pour les participants canadiens, aussi bien anglais que français, la vie en communauté qui favorise la santé mentale consiste à faire du bénévolat ou à participer à des actions à caractère social. Le bénévolat leur donne d'avoir une bonne santé mentale, car « elle remplit la vie » (CF_08) et semble même vitale pour leur existence. La plupart l'ont affirmé sans hésitation dans les propos tels que ceux de CF2_15 qui déclare : « On est venus ici [à la rencontre] après-midi. C'est la preuve qu'on veut être en santé. » CF1_08 abonde dans le même sens et insiste sur les bienfaits que lui procure le bénévolat :

Mais on fait du bénévolat. Et le bénévolat, c'est curieux hein, c'est pas, c'est pas une corvée faire du bénévolat. On rend service et on rencontre des gens agréables. Et donc, moi je trouve que ça, ça remplit la vie. D'une autre façon. On se sent utile. Et puis, me semble que c'est bon pour la santé, santé mentale... Moi, ça m'a apporté ça. Je vis d'une autre façon et je vis dans la sérénité. CF1_08

De leur côté, certains participants grecs pensent qu'au lieu de se focaliser sur la maladie, il vaut mieux s'intéresser à l'actualité et à ce qui les entoure, car la santé dépend de son rapport avec l'extérieur. Ils pensent qu'en général, sortir et aller vers les autres est utile pour occuper ses pensées et passer à travers la maladie.

People let themselves to be alone. I know you know. I know it's a, it's a terrible thing for old days. If you do not try to occupy yourself, occupy your mind, and moving around as much as you can because of people that can't walk alright, they have sickness. G_27

Je sors dehors [...], je prends mes grands enfants au parc ou n'importe quoi où. Mon moral revient, j'amène à la maison, je m'assieds, je me repose, je regarde la télévision. Je fais des choses qui me mettent en force. I live healthy like that. G_25

En somme, les témoignages de bon nombre des participants soutiennent que la capacité à avoir une vie sociale active en communauté ou dans la famille favorise la santé. Le

rapport aux autres durant la vieillesse est décisif pour les aînés interrogés, dans ce temps où le réseau social se rétrécit et où la solitude est davantage ressentie. Cette capacité de connexion à son prochain participe d'une bonne santé mentale et même physique. Je suis en santé parce que je suis autonome, et l'autonomie me maintient en santé. G_25 l'exprime ainsi : « [La santé] C'est la force. Tu travailles. Tu aides le monde. Tu aides beaucoup de monde qui ne peut pas marcher, qui est malade, tout ça. Après ça, c'est tout normal. » En résumé, l'autonomie, fonctionnelle et relationnelle, apparaît comme un élément fondamental de la santé telle que perçue par les aînés canadiens et immigrants qui ont pris part à la recherche.

Ces aînés, qui sont touchés par divers problèmes de santé liés ou non à leur vieillissement, font montre d'aptitudes spéciales. Comme un des participants a dit avec sagesse, la santé, c'est « aussi un état d'esprit ». C'est aussi ce que soutiennent deux répondants de 75 ans nés au Canada, CA_42, un canadien-anglais qui a un cancer de la prostate et une appendicectomie, et CF2_13, un Canadien français qui s'est aussi dit malade sans autre précision. Il appert que selon eux, la bonne santé dépend de l'attitude.

To me going to healthy's capacity, it allows you to do things and also It allows you to feel, to feel good about it and it's very hard to stay up to mystic, when you're not well and in pain. So good Health is an attitude, it's certainly an attitude, it allows you to do things and to feel good. CA_42

L'attitude qu'il faut prendre avec tout ce qui nous arrive. C'est juste ça qui fait la différence. Faut l'accepter, puis c'est une attitude qu'il faut prendre. Il faut apprendre à vivre avec qu'est-ce qu'on a. Il n'y a pas d'autres solutions. S'il y en avait deux, on aurait le choix. CF2_13

D'autres participants s'illustrent simplement par une vision optimiste de l'avenir. C'est la stratégie adoptée par CA_45, une aînée de 71 ans atteinte de difficulté vésicale et de CF1_09, âgé de 68 ans, victime d'une hypertrophie de la prostate et du diabète. Tous deux mettent un point d'honneur non pas à nier la présence de la maladie, mais à bien la traiter si elle existe, et à s'adapter pour reprendre le dessus.

I don't take it for granted and I have gone through various illnesses. I really appreciate what health I have, hum... at the same time I know I will recover from all things, so I'm not as pessimistic... not as alarmist and more accepting of what is going to happen. CA_45

Mais comme de raison, avec l'âge qui avance, ben il y en a de plus en plus de petites affaires ou de grosses affaires qui marchent plus là tu sais. Mais la c'est la prostate, puis c'est ça, tu sais les oreilles aussi là, c'est 70% des gens de... En haut de 70 ans, il y 70% des gens qui sont sourds, fait que ...Si j'accepte de m'adapter avec, puisque là je reprends le dessus sur quelque chose, ben je suis en santé... Tu sais, mon pancréas moi ça fait 50 ans qu'il se crisse de moi là tu sais. CF1_09

Toute chose m'arrive, je dois comme Mamie ici a dit, je remercie le Seigneur et je crois à ce que Dieu est là et il a mis en moi cette force-là qui va résoudre mon problème... je dis toujours Dieu est là, ça va passer. C_07

Enfin, quelques-uns prennent la vie avec humour. Ils pensent qu'il y en qui ont des maux pires que les leurs, ce que les sociologues qualifient de « comparaison descendante » et qui les aide à se sentir mieux. C'est ce qu'observent CA_43 et CF1_08.

As far as I'm concerned [...] what makes me, what keeps me healthy is gratitude and gratitude is something that I have developed as I see people. I know, and people I hear about falling by the wayside. They were fine, now they have got this issue, now they are stricking with something, there is an accident, whatever and I'm so grateful for being able to do as much as I can do. The gratitude makes me happy and when I am happy like CA_40 said, I'm healthy. CA_43

Moi je pense que l'être humain a une formidable capacité d'adaptation. Ça je peux dire ça. Puis on dit seulement aussi, quand on se regarde on se désole. Mais quand on se compare, on se console. Moi je regarde les gens qui sont plus jeunes que moi et qui sont handicapés, qui ont toutes sortes de maladies là, qui les empêchent de fonctionner. De fonctionner physiquement. Là, c'est incroyable. Pas besoin d'aller dans les hôpitaux. CF1_08

Ces extraits éclairent sur la disposition intérieure des participants à cette étude, dont la détermination va jusqu'à la personnification de la souffrance. G_27, une répondante de 75 ans indique qu'il lui arrive de parler à la maladie ou à la douleur qui veut l'empêcher de se mouvoir. « Sometimes I walk early in the morning [...] and it feels so painful to even leave you know. I say: 'No, you're not going to put me down'. » G_27 Plusieurs participants ont évoqué leur capacité d'endurance. Certes, leur expérience de vie leur donne de faire preuve de bravoure quand ils souffrent, mais plusieurs ont mentionné aussi profiter de la médication qui leur est donnée par les professionnels de santé pour venir à bout des douleurs. Nous remarquons que dans un environnement social où la souffrance peut être atténuée par la consommation de médicaments, la tolérance à la souffrance est plus présente, si l'on s'en tient aux dires de plusieurs participants, notamment d'origine canadienne.

Alors que la vieillesse est souvent présentée comme étant synonyme de pertes et de fragilité, les propos des aînés interviewés dans le cadre de cette recherche viennent contrecarrer le discours social dominant et la façon habituelle d'analyser la santé en termes de maladie ou d'absence de maladie. La sérénité que projettent la majorité des aînés rencontrés malgré de nombreuses pertes suscite des questions. Comment peut-on être affecté au niveau de sa santé et la trouver bonne ? Où les aînés puisent-ils leur force et l'attitude inspirantes qu'ils arborent face à l'adversité ? S'il y a certes un éventuel effet de désirabilité sociale lié à la discussion de groupe, où l'on veut paraître à son meilleur, on ne saurait passer sous silence la capacité de résilience des aînés de notre étude. À la lumière de nos analyses, nous remarquons que presque tous ont parlé de l'acceptation qu'ils adoptent face à la maladie, et même devant la douleur. Ils ne s'arrêtent pas à déclarer qu'ils s'attendent à vivre des pertes au fil du temps et que c'est normal, ils affichent une posture combative. D'ailleurs c'est avec détermination que H_23 s'exclame : « je compte faire tout ce qui est humainement possible pour que je la conserve, la santé. » I_35 partage son idée et compte également travailler à la maintenir, ce d'autant plus que pour elle c'est un don de Dieu. « La santé vient du Bon

Dieu et quand même elle est absente, il ne faut pas se laisser abattre, mais travailler pour se remettre. » I_35

Aux termes des discussions sur le sens donné à la santé, nous avons pu réaliser que pour la majorité des répondants de notre recherche, sans considération de la situation socioéconomique, du genre, de l'âge ou du parcours migratoire, la santé est ce qu'il y a de plus précieux à cette dernière étape de leur vie. « Health is the most valuable thing that life gives us » dira G_26, et c'est une chance pour I_37 : « Moi je trouve que j'ai de la chance! ». Dans la même foulée, CA_40 une femme de 89 ans qui se considère en bonne santé malgré son grand âge affirme : « What is important, that's health! ».

Enfin, le propos de V_32, une aînée vietnamienne de 67 ans, résume bien le discours des personnes qui se sont exprimées sur la question de la santé. Selon elle « la santé c'est donc finalement... un élément essentiel de la vie. » Elle ajoute :

Ben c'est la plus grosse richesse. Quand bien même on aurait de l'argent, si on n'a pas la santé, qu'on n'est pas capable de marcher, ça donne rien. La santé, ça vaut plus que de l'argent encore. V_32

Il appert aussi pour ces aînés aux conditions sanitaires diverses (bien portants, malades, maladies aiguës ou chroniques) que la santé dans ses multiples dimensions (physique, mentale ou spirituelle) se bâtit autour du rapport à soi, aux autres et parfois à l'au-delà, principalement à travers le prisme de l'autonomie fonctionnelle et relationnelle. En cela, ils reconnaissent leurs limites malgré leur détermination à vouloir rester en santé. L'exclamation de G_24 se prête bien au sentiment exprimé ensuite par quelques participants : « But we are blessed if we do have our health. Yeah! » G_24. C'est là où certains manifestent leur espoir en autre chose que leur seule volonté de bien se porter. La santé est ainsi considérée comme étant une bénédiction. D'où vient cette bénédiction? Que représente-t-elle? À plusieurs reprises différents participants ont attribué leur vieillissement ou leur santé au « Seigneur ». À ce niveau comme le notent

Hamel *et al.* (1999), les réponses de nos participants montrent que « la personne est nécessairement en lien avec une dimension se manifestant en elle-même qui intègre et dépasse ses opinions et ses affects personnels » (Ibid. p. 29). Cette dimension est nommée différemment suivant les participants, comme nous le verrons dans la section qui suit et qui nous éclaire sur le sens que les participants des différentes origines et communautés que nous avons interviewés donnent à la spiritualité.

5.2 Sens donnés à la spiritualité

Le fait d'appartenir à une religion ou de pratiquer une forme quelconque de spiritualité n'était pas une condition pour le recrutement des participants à la recherche. Tel qu'exposé au chapitre portant sur la méthodologie, nous avons cherché à diversifier notre échantillon de façon à recruter des répondants présentant diverses caractéristiques en regard de leur âge, de leur sexe, de leur statut marital et social, de leur origine ethnoculturelle, de leur appartenance religieuse (ou non), etc. S'agissant d'une étude qualitative avec un échantillon théorique, nous avons volontairement omis de nous appesantir sur un recrutement qui assurerait une représentation de la multitude de religions et des diverses formes de spiritualités existantes au Québec (ENM, 2011).

Par ailleurs, nous ne nous intéressons pas ici à la religion à laquelle l'individu appartient, mais bien au sens que la spiritualité revêt pour diverses personnes âgées, et au lien qu'elles auraient (ou pas) avec la santé. Précisons qu'au sein de notre échantillon final composé de 44 participants, 22 aînés affirment qu'ils ont une appartenance religieuse ou spirituelle, 20 disent ne pas en avoir et 2 participants n'ont pas répondu à cette question. Nous avons abordé ce thème de la spiritualité par le biais de quelques questions ouvertes sur le sens qu'elle revêt, la place qu'elle occupe dans la vie du répondant, ainsi que le genre d'expérience spirituelle vécue, pour ceux qui y faisaient allusion.

Dans l'ensemble des groupes de discussion, le thème de la spiritualité a suscité beaucoup d'intérêt, et ce malgré sa complexité. L'analyse des réponses apportées par nos répondants révèle que la spiritualité revêt une multitude de visages. Dans cette section, nous avons conceptualisé les significations données à la spiritualité par les participants, en dépit des difficultés exprimées à définir ce concept.

À la question « qu'est-ce que la spiritualité pour vous? ». Certains ont affirmé d'emblée qu'ils y ont réfléchi avant même de se rendre à l'entrevue, mais sans trouver de réponse claire et précise. C'est par des analogies et des comparaisons personnelles qu'ils ont essayé de répondre.

J'ai beaucoup réfléchi à ça en venant ici parce que je me demandais si spiritualité signifie croyance... C'est très, très difficile à répondre de façon... on ne peut répondre que par des analogies, des comparaisons, des expériences personnelles. C_02

Now I will see the same hands hahaha I don't know. I have never been able to quite figure out what spirituality means. But maybe it just means sort of appreciation of life and everything in there. CA_42

Dans leurs tentatives de saisir le concept, quelques-uns confient ne pas y arriver, car ils ne savent pas trop ce dont il est question, et aussi parce que la spiritualité est fondamentalement personnelle et différente pour chacun. D'autres ont suggéré de ne pas en parler, car il s'agit d'un sujet « tabou » à ne pas évoquer. C'est ce qui ressort des propos de I_37 qui marque son incapacité à définir la spiritualité : « Un petit peu compliqué pour mon cas. On peut parler des heures et des heures on n'arrive jamais à la solution, c'est tabou. Fini. » En rétorquant que la signification varie d'un individu à un autre, G_24 reflète aussi sa difficulté à en donner une vraie définition : « It's means different things to different people... The real definition, I really can not say what it is. » CA_44 éprouve le même sentiment.

Yes hum, I have the same difficulty ...so, I don't really think it has any, any general meaning that applies to everybody. I don't know. So I feel kind of ignorant to answer the question but, I know it's something that's not organized religion, although in some religions, there is a spiritual sense...
CA_44

La difficulté évoquée par les participants pour parler de la spiritualité n'est pas surprenante. Elle vient renforcer le constat de différents travaux sur la spiritualité (Pike, 2011; Jobin, 2012; Simons et Biggs, 2006), qui ont reconnu que c'est une notion difficile à circonscrire. La multitude de définitions qu'on lui accole fait d'elle un terme polymorphe, ce qui explique pourquoi nos répondants ont signifié leur embarras à répondre.

Pour contourner la difficulté, quelques-uns adoptent une définition simple qui rattache la spiritualité à son étymologie. « La spiritualité, c'est ce qui est esprit...c'est à l'opposé du corps, lui qui est visible. » C_03 Ils estiment que chaque individu est doté d'une nature visible qualifiée de matérielle ou physique, et d'une nature immatérielle, invisible, considérée comme spirituelle. Notons qu'un nombre important de participants, autres que les Canadiens, remarquent que la difficulté linguistique induite par le vocabulaire restreint pour marquer la profondeur sémiotique de la spiritualité est pour eux d'autant plus accentuée qu'ils ne s'expriment pas dans leur langue maternelle. C_02, un professeur d'université encore en fonction l'a exprimé par ces mots: « Parce que l'ennui, c'est que nous sommes en train de parler en français au lieu de parler dans nos langues ».

D'ailleurs, quelques aînés grecs, haïtiens, congolais et vietnamiens ont à plusieurs reprises utilisé leur dialecte et ensuite reformulé ce qu'ils avaient à dire. C_02 poursuit en disant que « les mots balogie reviennent, qu'on n'utilise jamais chez les catholiques. Parce qu'on ne parle jamais de sorciers dans les églises catholiques, jamais ». « Cobouquicha, Tegua » sont quelques-uns des mots usités par des participants congolais pour désigner des leaders spirituels. Un aîné vietnamien explique que dans

leur langue il y a des mots spécifiques pour dire « esprit »: « en langage vietnamien il y a un mot pour ça : tâm ! ça veut dire l'esprit. » V_33 Les recherches de Chao *et al.* (2002) ainsi que celle de Langlois (2002) corroborent le fait que le terme spiritualité est « abstrait et vague » dans plusieurs cultures et parfois inexistant dans leur vocabulaire.

Après avoir signifié les difficultés éprouvées pour exprimer leur perception de la spiritualité, la majorité des participants s'est servie d'images et de diverses représentations dans le but de clarifier le concept. De ces échanges, plusieurs dimensions relevées dans la revue de littérature que nous avons faite sont ressorties. Nous proposons ici de les discuter et les illustrer à partir du point de vue des répondants. Pour eux, la spiritualité renvoie principalement à une quête de sens, à un état d'être ou à une relation avec un être suprême. Ces éléments de sens, parfois complémentaires et parfois contradictoires, viennent situer la spiritualité dans une relation à soi, une relation aux autres et à une relation « à un plus grand que soi » (Pépin et Cara, 2001).

5.2.1 Une quête de sens et une énergie qui procure la paix intérieure

Les analyses des propos des participants, malgré leur grande hétérogénéité en termes de groupe ethnique, de classe sociale, de niveau d'instruction, de genre et même de groupe d'âge, font ressortir que la spiritualité appelle une recherche de sens (Pujol *et al.*, 2014). Il appert que la spiritualité telle qu'ils la décrivent se manifeste par une attitude auto réflexive de l'individu vis-à-vis de la vie et de la mort.

Dans le cadre de nos 8 groupes de discussion, la notion de quête de sens a été prédominante. Certes nous avons décelé de légères dissemblances dans la formulation des propos, mais l'idée générale émise par la plupart des répondants se résume dans le témoignage de C_02. Pour ce participant congolais, la spiritualité fait référence à des questionnements existentiels au bout desquels on adopte un style de vie.

C'est le fait que nous nous posons la question de savoir qu'est-ce que nous faisons ici en tant qu'êtres humains. C'est ces questionnements-là, non pas seulement purs questionnements, mais des questionnements qui ont des conséquences dans la mesure où à partir des réponses que nous allons trouver à ces questionnements-là, ça va conditionner notre attitude, nos comportements à l'égard de nos frères, notre vision de l'au-delà, etc. C_02

La quête de sens ainsi formulée apparaît comme une des dimensions premières de la spiritualité. À cet égard, nos résultats s'apparentent à ceux de Sidall *et al.* (2015) ou de Koenig *et al.* (2001) qui arborent que « spirituality is the personal quest for understanding answers to ultimate questions about life, about meaning, and about relationship. » (Ibid. p. 18) Plusieurs des répondants interrogés trouvent aussi que c'est la spiritualité qui détermine le but ultime de leur vie. Elle apparaît comme une représentation ontologique de leur existence, soit une quête de sens profond face aux événements de la vie (Tanyi, 2002).

Quelques-uns ajoutent que la proximité de la mort, notamment celle de personnes proches, les incite à appréhender différemment leur avenir et les interpelle sur leur devenir personnel.

Parce qu'on voit que la mort est tout proche, on voit des amis et tout ça qui peuvent partir n'importe quand. Du jour au lendemain, hop! il n'est plus là alors les gens en voyant ça les gens cherchent quelque chose pour s'accrocher. On se demande qu'est-ce qu'on va devenir après. V_31

De l'avis de plusieurs, la spiritualité peut également revêtir la forme d'une réflexion philosophique ou d'une façon de penser face aux événements de la vie. C'est ce à quoi certains participants ont fait allusion avec insistance.

C'est comme un espace de réflexion, de quête, de vérité, de recherches de quêtes, de recherches de la vérité... c'est une façon d'exprimer la recherche de quelque chose, ou la croyance dans quelque chose...mais c'est toujours cette recherche d'harmonie... Comment se fait-il que je ne me suis pas posé

la question, les terribles questions : qu'est-ce que je fais ici ? D'où je viens ? Où est-ce que je m'en vais ? H_23

C'est les grandes questions-là, métaphysiques. Quand qu'on se met à penser là, c'est la vie spirituelle ça aussi là, quand on se met à penser, et essayer de comprendre, on est devant un mur. CF1_08

Donc c'est ça on se rapproche des idées spirituelles ou bien des questions de philosophie. On pourrait dire que plus la sagesse vient, plus la spiritualité reste plus souvent avec nous. C'est des pensées philosophiques de la vie, et la spiritualité c'est comme un aboutissement d'une vie après la vie. V_32

La grande majorité des participants parle de la spiritualité en évoquant son côté intrinsèque à l'être humain. Quelques-uns la considèrent comme la « vie intérieure » qui découle d'un « état d'être ». Certains parlent de « pouvoir » et d'« énergie », et ne dissocient pas la spiritualité des actes qui en découlent. Ainsi, la spiritualité à la fois représente et procure un sentiment de force et de paix intérieure.

Donc c'est le pouvoir, l'énergie intérieure, la force intérieure. Pour moi, c'est ça. C'est ça la manifestation de notre pouvoir intérieur. Je ne peux pas vous expliquer de l'autre côté, mais chez nous, je peux simplement t'expliquer que c'est un pouvoir qui est en vous. C_01

Some people are spiritual. They do science, they do oil, they put the candles. They create an atmosphere and they concentrate and they energize. That's what spirituality is to be able to communicate with your spirit and...To be able to cope with your pain... they get the strength, inner strength you know to energize. G_28

I think it's a personal thing of what you feel in your heart. Spirituality is in your heart, what you see in the universe. It's the universe, completely. On how you feel it... And I get all my strength...I get it from my spirituality. G_27

Il convient de préciser que plusieurs des participants emploient le mot « force » pour nommer la spiritualité, mais la connotation n'est pas toujours la même d'un groupe

culturel à un autre. Selon quelques participants originaires du Congo et d'Haïti qui y ont fait allusion, la spiritualité comme force intérieure est assimilée au pouvoir et à l'énergie que possède la personne tel « un feu qui brûle » C0_1. Elle revêt une dimension quelque peu surnaturelle, qui donne des aptitudes hors du commun permettant d'aller au-delà de ce qui est humainement envisageable.

La définition de la spiritualité. Je dis que c'est un pouvoir, en général tout court, pas d'autres tendances par-ci par-là. Non, c'est un pouvoir. Ça doit être peut-être pouvoir positif dans le bon sens ou bien pouvoir négatif qui vient avec la haine. Parce qu'en bas de tout cela c'est la lumière. C'est quoi, C'est le feu. Vous avez un feu qui brûle. Vous avez un feu de microondes, mais vous ne voyez pas, mais ça chauffe et vous avez un feu avec flamme qui prépare aussi. Tu vois que ce sont des feux. Tous sont des feux, mais leur façon de se présenter, très différente. C_01

Pour moi, la spiritualité, tel que c'est la croyance, tu crois, tu ne crois pas, tu ne crois en rien, tu n'auras rien. Pour moi, la spiritualité ...Tu peux comme, arriver à avoir n'importe quoi. L'impossible devient possible. H_21

La spiritualité c'est cette capacité, ou bien je vais développer, ou bien je le dis de façon quasiment naturelle, ou je me sens interpellé, par certaines forces « spirituelles », généralement, on ne comprend pas toujours ce que cette force-là signifie, qu'est-ce qu'elle, c'est quoi le message...alors je le vois, je la vois plus en action lorsque ces moments-là arrivent... Et ça amène bien des gens à des transes, autres manifestations extraordinaires, et pour moi c'est ça. H_23

En contrepartie, certains participants parlent de la spiritualité comme d'une force, mais qui fait du bien de façon « naturelle ». CA_44, une participante Canadienne anglaise qui se déclare athée, mentionne que l'approche occidentale de la spiritualité comme force et puissance est différente :

I think the eastern cultures have it different...This is power, religion is power, spirituality is power too, yes, so [...] it's been a good force. Today that is more democratic, but the other one leads to proselytism. CA_44

Cette expression de la spiritualité est simplement pour signifier que l'exercice de la spiritualité revigore celui qui y recourt quand se présente une difficulté. Quelques participants l'illustrent et la comparent à un vent de rafraîchissement sur la vie, qui apporte une sensation de confort, ou une communion avec la nature.

Spirituality I think is a cosmic, it's almost like cosmic energy when things are good you know, when ... everything is fine, is as if the happiness bounces off when it comes back and everyone's health is better, everyone's disposition is better, the work is better, school is better, it's almost like the spirituality is like a fine rain that comes down and just refreshes you and makes you feel better that gives you some kind of comfort. CA_43

That's exactly what spirituality is. Your brain communicates with the nature and you're part of the nature. This is the liberty of your spirit to do that, you see? G_28

It's a personal thing, and how you see it. Me I see the spirituality, I go out and I feel and I see, hear the birds singing. For me it's spirituality. Because in my heart there is something you know. It's the universe, I see the whole universe. G_27

Par ailleurs, le regard porté par les participants vietnamiens sur la spiritualité est quelque peu singulier. Ils sont unanimes à dire que la spiritualité est une force acquise par un travail intérieur de méditation. Leur perception puise sa source dans leur tradition religieuse fondée sur le bouddhisme. Aussi V_31 confirme que « Les Vietnamiens sont à 85% bouddhistes » et soutient que la spiritualité :

C'est quand tu vis avec toi même, pour toi-même, et non pas pour les autres. Qu'est-ce qui se passe dans ta tête à ce moment-là ? C'est ça la spiritualité. La spiritualité t'aide à surmonter les difficultés rencontrées soit matériellement, soit socialement, soit physiquement. V_31

Il rejoint de ce fait les préceptes de la religion bouddhique, basée sur des principes de vie qui favorisent une façon d'être et de penser, comme l'a mis de l'avant le docteur Phan Van Song:

Le bouddhisme est à la fois une tradition spirituelle, une philosophie, une science de l'esprit, une écologie avant la lettre [qui] comme religion, a beaucoup influencé par ses enseignements, la façon de penser et d'agir face à la vie et à la mort. Le bouddhisme est une morale de renoncement et de fraternité universelle.²⁷

Nos résultats montrent que le sens donné à la spiritualité par les aînés qui ont été interviewés lors de notre étude est largement influencé par leur culture d'origine. Nos observations s'arriment aux conclusions de Koenig *et al* (2012) dont les travaux sur la spiritualité et la santé mentionnent les trajectoires migratoires comme un facteur qui influence la façon dont des personnes peuvent concevoir la spiritualité.

La quête de sens et la force intérieure telles que nous les avons développées représentent des dimensions de la spiritualité en lien avec l'intériorité humaine. Cependant si la spiritualité revêt un sens éminemment intime, personnel, voire intérieur, elle concerne aussi les relations, les interactions avec les autres, et une connexion à un être supérieur ou quelque chose de plus grand que soi ici ou au-delà.

5.2.2 Un état d'être qui modèle l'agir dans le rapport aux autres

Nos analyses font également ressortir que la spiritualité telle que décrite par les participants se concrétise dans les actes qu'ils posent aux plans comportemental et interpersonnel (Hill et Pargament, 2003). Comment cette spiritualité prend-elle forme dans leurs propos? Une grande majorité des personnes exprime la nécessité d'un lien social, soit avec la famille, les proches, les amis, ou la communauté. En cela, les travaux de Pépin et Cara (2001) décrivent l'« énergie créatrice » induite par la spiritualité, autrement dit, une propension à s'activer et à rechercher ce qui conduit vers l'autre.

²⁷ P.-M., Phan Van Song, Conférence : Bouddhisme et santé, 20 octobre 2018. Récupéré de http://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original_175005-bouddhisme-et-sante.pdf

Vue sous cet angle, la spiritualité est active et propulse l'individu vers l'extérieur de soi, une expérience qui influence l'attitude et entraîne des répercussions sur la vie sociale (Tornstam, 2000). Mais, comme nous l'avons remarqué, les dynamiques sont différentes selon l'appartenance religieuse ou le pays d'origine, même si elles visent toutes à entretenir un lien social autour de soi. Ainsi pour certains, affirmant qu'ils ne conçoivent pas leur spiritualité en dehors de leur religion, la connexion aux autres est le résultat du respect de dogmes religieux. C'est le cas de CF2 qui a pris l'habitude d'aller à l'Église _13 et de V_30 qui pour sa part se rend à la Pagode selon leurs normes religieuses.

Moi c'est d'aller à la messe tous les dimanches. Je trouve ça important. Je pense que c'est un bon apport pour moi. J'étais habitué quand on était jeune, on allait à la messe. CF2_13

Les jeunes ne vont pas très souvent à la pagode. Par contre, les vieux fréquentent souvent l'église. Les vieux fréquentent souvent à la pagode. Les vieux, les vieux pas les jeunes. Voilà quelques-unes de mes idées. V_30

En autant qu'elle fasse partie de la spiritualité « positive », elle impacte de manière favorable les relations sociales et même les comportements sociaux (Crowther *et al.*, 2002) des aînés. En effet, leur spiritualité les amène à reconsidérer leurs agissements et à influencer positivement leurs proches. Il y a leur conscience qui rappelle qu'il existe ce qu'un des participants a nommé « péché ». Cette peur du péché les empêche d'agir indécemment dans la vie sociale et communautaire. « On peut avoir la bonne spiritualité [...] il y a aussi question de comportement de chacun » dira C_03 soutenu par C_05 : « ça transparaît dans le milieu où vous habitez. » Un nombre important de participants assimilent ainsi la spiritualité à leur religion et en observent les règlements à travers leur foi et leur croyance en ses préceptes. À cet effet, elle impacte réellement leurs relations en société, car elle préconise un style de vie auquel ils acceptent de se conformer. Pour certains il s'agit de réfléchir avant d'agir, pour d'autres cela leur

procure une joie et une paix contagieuses, et quelques-uns rapportent le soutien qu'ils apportent à ceux qui souffrent.

C'est en fonction de ce que tu es toi-même, ce que tu crois être, que tu vas réagir. Il y a tellement d'occasions chez les chrétiens comme on dit, de pécher que tu t'arrêtes et tu te dis «je ne fais pas ça parce que ça ne doit pas se faire. Ce n'est pas moi ça », c'est un acte de spiritualité. C_02

Je suis catholique je suis croyante et je suis ce que l'Église dit. C'est ma façon d'être, de faire la religion et dans la vie la spiritualité je l'ai faite en aidant des personnes malades, en essayant de les consoler, ce qu'on a pas quand on est plus jeune. I_35

Les références religieuses des aînés rencontrés sont diverses : le catholicisme (groupe de discussion des Canadiens français, des Italiennes), le protestantisme (groupe de discussion des Canadiens anglais), le bouddhisme (groupe de discussion des Vietnamiens) et le syncrétisme religieux fait de traditions et de l'héritage judéo-chrétien (groupes de discussion des Congolais et des Haïtiens). En référence à ces appartenances religieuses, certains vont à la messe, d'autres à la pagode. Ces lieux de cultes où ils se réunissent sont des milieux de socialisation par excellence. Ils représentent ce que Rosenbaum (2006) nomme « Third places », soit des lieux de fréquentation, des endroits de rassemblement qui représentent des territoires de socialisation pour ceux qui y vont. Ainsi, c'est fort du conformisme à la religion que les participants vietnamiens ont l'obligation morale de se rendre à la Pagode, et pour ceux qui penchent pour le christianisme, à la messe. Par contre, comme le précise V_33 ce sont surtout « les vieux qui fréquentent souvent la pagode. Les vieux, les vieux pas les jeunes ».

Moi plus jeune, on nous a habitués à aller, moi aussi je suis catholique. Et on nous a habitués à aller souvent à la messe le dimanche... Mais j'ai pas, j'ai conservé encore la messe le dimanche. CF1_10

On était à Kinshasa, on évoluait ensemble, on allait à l'église ensemble avec nos enfants, nos petits- enfants. Arrivés au Québec, on allait à l'église catholique dans le quartier. Il y avait nos frères, nos sœurs, maman Aline...Là quand nos enfants sont arrivés, ils nous ont emmenés dans une église chrétienne qui a fait qu'on est allé à l'église. C_07

Pour les participants grecs, la légende du Zorba représente l'esprit grec ou tel qu'ils l'ont nommé le « Greek spirit » spécifique à la communauté hellénique. Ils ont exprimé cette identité avec insistance « So, we are the Hellenic group. Do you know which group it is? This is the Hellenic group, OK? » G_24, expliquant que la légende de Zorba représente leur façon de concevoir le monde. Cette spiritualité grecque les conduit vers une attitude altruiste.

It (Zorba) defines exactly what is spiritual and what is not. It's a very fine movie. It's about an old man who dances, on the sea side and other stuff. It explains all this. It explains exactly how the Greeks think. How we deal with things. He's a simple man, the old guy. And the man is trying to be kind to everybody and understand things that they don't explain to him. He's a spiritual person. He is a man with spirit. G_24

La croyance ou la référence en ce qui est communément nommé « Dieu » n'est pas l'apanage de tous les répondants et n'est pas la seule voie qui conduit à une spiritualité qui modèle le rapport aux autres. Autrement dit, le fait pour des répondants de se déclarer athées n'induit pas qu'ils n'ont pas de spiritualité. Cette dernière se manifeste selon eux par l'adoption de « valeurs » et d'une « moralité » qui facilitent une « ligne de conduite » ou un « style de vie », et met les individus en harmonie avec ceux de leur entourage. Bien qu'elle soit dénuée de toute référence transcendante ou métaphysique, la spiritualité peut favoriser les relations interpersonnelles. I_36, une dame italienne de 81 ans affirme avec fierté qu'elle n'appartient à aucune religion et que sa spiritualité est centrée vers les autres, elle est en rapport avec la façon dont elle appréhende la vie.

Ce sentiment de devoir aux autres, mon écoute, mon attention...ma spiritualité n'a rien à voir avec la religion [...]. Et puis moi je pense que ma spiritualité part de mon intérieur et de mon sentiment de comprendre la vie, de lâcher prise face à la mort, c'est ça ma spiritualité. Mais comme je vous dis ce sentiment de devoir aux autres, mon écoute, mon attention, ça c'est ma spiritualité. I_36

La spiritualité favorise ainsi le lien avec autrui dans une relation significative et à cet effet est associée au sentiment de bien-être émanant du rapport à l'autre. Cette vision de la spiritualité qui fait naître une relation entre les humains rejoint certains éléments de la théorie de la gérotranscendance (Tornstam) qui soutient qu'au niveau social, l'individu âgé adopte des valeurs favorisant des relations sociales moins superficielles grâce à son expérience cumulée tout au long de son vécu. Les valeurs ne sont pas les mêmes, mais, selon la majorité des aînés, elles maintiennent l'élan vers les autres. Même pour ceux qui ne s'affilient à aucun groupe religieux, l'ensemble des valeurs morales de leur croyance tenant lieu de spiritualité leur donne d'avoir une bonne interaction avec leur environnement. CF1_09, un participant Canadien français qui s'est également défini comme athée, considère avec humour que sa spiritualité part de sa morale et de ses valeurs, et détermine son savoir-être.

Autrement dit, on n'a pas besoin d'un Dieu pour distinguer entre ce qui est bien et mal, pour mes voisins, mes collègues et mes enfants, etc. On n'a pas besoin d'un monsieur pour ça. On a une morale et on a des valeurs au Québec. CF1_09

Nous décelons des ressemblances avec les propos de I_39 qui évoque une « spiritualité humaine » susceptible de l'amener à adopter un comportement socialement acceptable qui conduit à de l'allocentrisme.

Éprouver un bien-être quand vous faites quelque chose de bien, quand on aime quelqu'un, quelque chose qui nous arrive; c'est pour ça il y a une grande différence entre religion et spiritualité humaine. I_39

C'est ainsi que la plupart des aînés qui ont donné leur opinion sur le sens de la spiritualité l'entrevoient comme une avenue pour enrichir leur univers relationnel. Mais nous avons relevé que la manifestation de cet élan vers l'autre est quelque peu différente dépendamment du groupe ethnique. Pour les participants congolais, la vie communautaire est vitale, ainsi que nous l'avons développé précédemment, et découle de la manière dont une personne expérimente la spiritualité. En effet, les aînés se déplacent pour aller prier dans des lieux de cultes ou se rencontrer pour causer lors des regroupements ethnoculturels à l'instar de ceux tenus dans les organismes que les participants fréquentent. Ceci leur permet de se mettre avec d'autres personnes avec qui ils entendent mener une vie « vertueuse » et conforme à leur principe religieux. Le soutien familial et les liens de solidarité engendrés par la pratique de leur spiritualité font partie des habitudes sociales acquises dans le pays d'origine et qui se poursuivent en terre d'accueil (Antoine, 2007; Thomas, 1983).

Par ailleurs, selon plusieurs participants, qu'ils soient en début de vieillesse c'est-à-dire proche de 65 ans ou plus vieux, soit plus de 75 ans, la spiritualité prend une nouvelle dimension en avançant en âge. Il ne s'agit plus de se conformer aux dogmes de l'église; la spiritualité consiste aussi à se rendre utile autour de soi. G_24, une femme de 67 le réalise et met de l'avant le changement positif que provoque l'expérience spirituelle :

I don't think it changes your relationship with your family. I think it will improve your relationship. It makes you perhaps see things differently. And makes you a better person I would think. And... You make allowances for people... You pay attention to what they say, you just treat them as nice as you can. It doesn't change your relationship with others, no. It improves them. G_24

Par ailleurs pour H_19, un homme de 77 ans, la spiritualité en action est identifiée par ses agissements en société.

La spiritualité est dans ma vie. Et c'est ce qui me permet de vivre en société [...] Et c'est ça qui fait qu'on peut respecter l'autre. Je serai toujours avec l'humanité, avec les autres, ce qui me permet d'aimer. Je ne peux pas aller chercher la haine dans mon cœur à cause de ma spiritualité. H_19

Tornstam (2000) relève d'ailleurs qu'en vieillissant, l'humain a tendance à s'intéresser aux aspects de sa vie qu'il n'avait pas forcément embrassés dans sa jeunesse, en l'occurrence vers une spiritualité agissante et tournée vers autrui.

L'analyse du discours d'une partie des participants montre également que la spiritualité peut être apparentée à la morale, puisque c'est elle qui engendre une bonne conduite sociale. CF1_09 adopte le mot « moralité », qui de son point de vue est la capacité à distinguer ce qui est bien de ce qui est mal. Quelques participants soutiennent cette thèse et mettent en lien la moralité avec les règles de conduite prônées par la religion catholique. Ils sont tenus d'adopter un savoir-être qui va plus loin que la simple socialisation que nous avons développée précédemment. CF1_08 et C_05 qui ont dit être catholiques mentionnent les bienfaits de la pratique de leur religion:

Non moi aussi, aller à la prière hein, ça me donne un sentiment vraiment d'épanouissement et même si j'étais malade, la compagnie, la prière aussi me fait beaucoup de bien. C_05

C'est ça que nous les catholiques on a appris quand même avec le temps-là. C'est à respecter les autres dans leur vie, dans leur foi, peu importe laquelle. Dans ce qu'ils sont. Et dans ce qu'ils disent ou veulent être. On a appris ça. C'est vrai qu'autrefois on disait : « Hors de l'église, point de salut ». C'est parti depuis longtemps. CF1_08

Concernant les participants vietnamiens bouddhistes, la religion leur impose de travailler à s'amasser du « crédit » dans leurs bonnes œuvres, ou selon l'expression commune de « s'acheter une place au paradis ».

Oh! oui. Pour moi oui, vraiment. Plus dans la pensée que souvent c'est (la spiritualité) des déductions à partir des religions, des enseignements

religieux. Par exemple si vous faites du bien on espère recevoir du bien par exemple. C'est comme des causes et des conséquences en même temps dans une vie, au cours d'une vie. V_32

Pour ceux des participants qui entrevoient la spiritualité à travers le prisme de la moralité, de la conscience ou des valeurs, elle impacte même la connexion à l'autre dans une conduite bienveillante. Si dans la première section présentant la spiritualité, cette dernière s'apparente à un concept statique représenté par un « état », comme l'ont relevé les participants, dans la relation à l'autre, elle prend un sens dynamique qui aboutit à une relation entre les humains. Van Leeuwen et Schep Akkerman (2015) montrent également par leurs travaux que la spiritualité s'exprime à travers des croyances, des valeurs, des traditions, où l'individu expérimente aussi une relation à l'autre, à la communauté, à la société. Ce sont ces valeurs qui lui permettent de prioriser des relations ou des idéaux dans sa vie, comme le démontrent d'ailleurs plusieurs études empiriques (Chao *et al.*, 2002; Buxton, 2007; Chio *et al.*, 2008; Mok *et al.*, 2010).

Au final, parmi les aînés qui associent leur spiritualité à une relation à l'autre, la notion du vivre ensemble apparaît dans leur discours et revêt une connotation associée à la connexion à d'autres, nonobstant la religion, la classe sociale, ou le groupe ethnique. Mais au travers des considérations plurielles qui ont émergé, l'attachement à une entité supérieure et extérieure à soi a tenu aussi une place importante dans le sens donné à la spiritualité, ce que nous développons dans ce qui suit.

5.2.3 Une relation avec un être suprême ou plus grand que soi

Nous constatons à la lumière des analyses des propos des aînés qui ont pris part aux groupes de discussion que la majorité des participants allient leur spiritualité à une entité extérieure à eux et qu'ils estiment plus grande qu'eux. L'être sacré porte divers patronymes dépendamment des individus et de la religion à laquelle ils s'affilient. « Jésus-Christ ou Dieu » sont évoqués par des participants des groupes de discussion

des aînés congolais et canadiens-anglais; « Dieu, Être suprême ou supérieur, Esprit » par ceux des groupes de discussion des aînés italiens, canadiens-français, haïtiens, congolais. Enfin, les participants grecs et canadiens-anglais ont mentionné « l'univers ou la nature ». Comme indiqué au début de ce chapitre, près de la moitié des participants ont dit appartenir à un groupe religieux ou spirituel et la plupart d'entre eux associent la spiritualité à la religion et à leurs croyances ou à la foi.

Mais en ce qui me concerne, avoir une vie spirituelle, ça se sépare pas de ma religion. C'est ça je voulais dire. Moi j'ai été élevé, heu comme chrétien. Catholique. Mais une spiritualité là, ça va beaucoup avec la religion... De parcourir une vie la plus saine possible au niveau de mon esprit, de mes croyances. CF1_11

L'autre quand on a parlé de religion, de la vie intérieure et de spirituel, là c'est la psycho sphère. La psycho sphère c'est la vie intérieure. C'est la religion, c'est la spiritualité. C'est l'équilibre. V_33

Pour la spiritualité [...] comme papa le dit c'est vrai. Mais moi je peux prendre comme dans ma communauté. Quand on parle de spiritualité, on parle tout simplement de Dieu. C_07

V_31 et I_35, des femmes âgées de 74 et 83 ans parlent du temps de la vieillesse comme le moment opportun pour se lancer dans une quête du sacré susceptible de leur permettre de trouver un sens à la vie. La vieillesse serait le moment de concrétiser leur spiritualité dans un lien relationnel significatif vis-à-vis de quelque chose ou de quelqu'un qui est détaché du réseau social et considéré comme transcendantal ou sacré (Sidall *et al.*, 2015).

Avant, on était jeune, on croyait moins à Dieu, mais quand on devient vieux à ce moment-là, il y a une tendance à croire en Dieu, à chercher un chemin vers la religion pour avoir quelque chose qu'on peut tenir, auquel on peut s'accrocher, sinon on sera perdu. V_31

Avec le temps... Mais maintenant on réalise qu'il y a d'autres choses à part le travail, à part courir du matin au soir pour la famille, c'est la maturité

aussi qui nous fait changer d'idée, notre comportement...on s'attache à d'autres choses aussi. I_35

Nos résultats vont dans le sens de la recherche sur le vieillissement et la spiritualité réalisée par Nelson et Canda (2008). Les auteurs ont identifié onze (11) dimensions spécifiques aux personnes âgées qui permettent d'explorer leur vie spirituelle. Parmi celles-ci figure la propension à entrer en relation avec un Être supérieur. L'aîné passe d'une quête existentielle à une quête du sacré exprimée de moult façons par plusieurs de nos répondants. Le long développement de CF1_08 dénote la pléthore d'éléments qui peuvent être intégrés dans la spiritualité telle qu'il la conçoit.

Je le vois dans le sens d'avoir une vie spirituelle. Comme, mettons un exemple, pour ceux qui vivent dans une religion. Disons, je vais parler de la religion catholique. Il y a de la spiritualité dans la religion catholique [...] C'est sûr que dans une religion on va le vivre d'une façon. Puis dans une autre ça va être différent. Mais en ce qui me concerne, avoir une vie spirituelle, ça se sépare pas de ma religion. [...] Moi j'ai été élevé, heu comme chrétien catholique. Alors, moi ma spiritualité je la vis dans ma religion. Et d'une certaine façon, moi je suis croyant. Et je crois en Dieu. Alors pour moi la spiritualité, c'est de trouver la sérénité dans les valeurs que j'ai. Et dans ça il peut y avoir, évidemment les valeurs morales et [...] les valeurs que je rattache moi aussi à ma foi. CF1_08

Ainsi, la spiritualité telle que décrite par les participants de notre recherche qui l'associent à la religion, rejoint la définition conventionnelle assignée au terme esprit, comme nous l'avons évoqué dans le chapitre II. C'est le « spiritus », soit le souffle de vie associé à l'aspiration à se « relier » (du latin religare, racine du mot religion) éventuellement à un être humain ou à une puissance plus grande (Cohen *et al.*, 2012, p. 802) comme les aînés l'ont eux-mêmes identifié.

Nos répondants mettent de l'avant une transcendance qui implique l'élargissement de la conscience, car « la personne est [...] en lien avec une dimension se manifestant en elle-même » (Hamel *et al.* 1999, p. 29). Certains auteurs en parlent en utilisant les

expressions telles que « Esprit » (Assagioli, 1994; Wilber, 1980), « Dieu » (Oser, Gmünder et Ridez, 1991), etc. Mais pour les aînés interrogés, incluant ceux qui ne sont pas religieux ou qui se disent athées, il s'agit très souvent de relever l'immatérialité et la grandeur de ce vers quoi se tourne la personne pour vivre son expérience spirituelle.

Et sans être religieux. C'est bien sûr qu'on peut avoir une vie spirituelle qui est du domaine de l'esprit ou de l'âme. Je pense qu'on peut avoir une vie spirituelle, mais moi j'ai appris à vivre ma spiritualité au sein de ma foi, qui est ma religion. Et je me sens bien avec ça. CF1_08

La première, il faut croire à quelque chose qu'on ne peut pas toucher [...] Mais comme j'ai dit je ne suis pas catholique de la façon dont l'église aimerait me voir, mais je crois un être supérieur qui nous protège. I_39.

Pour moi, la spiritualité, c'est cette possibilité de communiquer avec cette force-là. Pas la religion, ...mais l'être supérieur. Cet esprit qui nous dirige. Pour moi, la spiritualité, c'est cette possibilité de communiquer avec cette force-là. Pas la religion, parce que moi je suis catholique, je sais qu'il y a une force, mais je ne peux pas dire, parce que moi je suis catholique et les autres qui ne le sont pas, ne communiquent pas avec l'être supérieur. Cet esprit qui nous dirige, mais chaque peuple, oui c'est ça chaque peuple a sa façon de rendre hommage, ou bien de communiquer avec cette force supérieure. H_20

Alors que pour plusieurs l'Être suprême est conçu en fonction de l'appartenance religieuse, certains participants se dissocient de cette vision. Leur choix personnel et singulier est détaché de toute allégeance religieuse, et rejoint ce que Vaughan (1984) nomme l'« intuition spirituelle ». C'est ainsi qu'ils trouvent que la relation à la nature est aussi un moyen d'exercer sa spiritualité. Ce fait est bien illustré par CA_45, une femme de 71 ans qui dit n'appartenir à aucun groupe religieux ou spirituel. Sa spiritualité consiste à se connecter à l'univers, et ceci n'a aucune assonance transcendantale ou métaphysique : « A bigger sense of the whole universe and where you belong and wonder... The wonders of things we will call it. » CA_45

Dans la même tendance, G_27, une aînée de 75 ans compare sa spiritualité à l'univers et à la façon dont elle perçoit ce qui l'entoure, tandis que CF2_15, un homme de 71 ans, affirme que la spiritualité consiste à croire en la vie.

I think it's a personal thing of what you feel in your heart. Spirituality is in your heart, what you see in the universe. It's the universe, completely. For me spirituality is very high standard for me. Personally. It's a personal thing, and how you see it. Me, I see the spirituality, I go out and I feel and I see, hear the birds singing. For me it's spirituality. It's the universe, I see the whole universe. G_27

La spiritualité c'est de croire en la vie. Avoir confiance en la vie. Puis, je pense c'est ça. C'est de mettre nos mains dans le vide dans le fond. Puis de croire à la vie. Moi je vois ça comme ça [...] Je pense que tout le monde croit en quelque chose [...] Tout le monde a quelque chose d'ancré en eux autres. CF2_15

À travers les réponses obtenues, il appert que la relation ou plutôt l'attachement à cette entité extérieure plus grande que soi varie selon plusieurs facteurs, dont la personnalité de l'individu et son histoire de vie, son éducation, son appartenance religieuse ou non, et son groupe ethnique. Selon notre recherche, l'individu vieillissant va au-delà de lui-même, et sa conscience le fait aboutir à « la réalisation de motivations d'ordre spirituel » qui dépassent la simple individualité (Hamel *et al.* 1999 p. 29). Comme relevé dans les divers extraits présentés, bon nombre des aînés de notre étude ont soutenu que la spiritualité incite à se connecter, à croire en quelque chose de plus grand que soi. Elle engage en même temps les croyances, la religion, et la foi.

Au terme de ces différents positionnements vis-à-vis du sens donné au vieillissement, à la santé et à la spiritualité que peut-on en conclure? Pour les répondants de notre recherche, c'est l'autonomie qui détermine le sens donné au vieillissement et à la santé, tandis que la spiritualité se présente de manière polymorphe. Les participants ont fait montre d'une attitude positive et de beaucoup d'espoir. Ils s'estiment chanceux d'être en vie et de vieillir, et se considèrent en santé, malgré les pertes et les maladies qui

accompagnent l'avancée en âge. Pour eux, la santé est ce qu'il y a de plus précieux comme l'exprime G_26, un répondant de 77 ans, membre d'une communauté religieuse: « Health is the most valuable thing that life gives us. » Plus encore, G_24, une femme de 67 ans qui elle ne s'affilie à aucune appartenance religieuse rétorque que la santé est une bénédiction : « But we are blessed if we do have our health, Yeah! »

Par ce témoignage, reflet de la pensée d'une bonne partie des répondants, nous émettons l'hypothèse que la santé est associée à une dimension que nous pouvons qualifier de « spirituelle », entendu qu'elle provient de « Dieu » comme l'ont signifié différents participants. Un des objectifs principaux de notre recherche vise justement à savoir si les personnes âgées considèrent qu'il y a un lien entre la spiritualité et la santé. Si la remarque de G_24 renvoie à une corrélation entre la spiritualité et la santé, la réponse des autres participants met en exergue des opinions nuancées, et même parfois opposées qui seront analysées plus finement dans la prochaine section qui nous renseigne sur le lien que les aînés font ou ne font pas entre la spiritualité et la santé.

5.3 Points de vue des personnes âgées sur le lien entre la spiritualité et la santé

Après avoir ainsi présenté le sens donné au vieillissement et à la santé d'une part, et à la spiritualité d'autre part, cette section aborde les points de vue des personnes âgées rencontrées sur l'existence ou l'inexistence d'un lien entre la spiritualité et la santé, et sur la pertinence de considérer la spiritualité dans l'offre de service en santé.

Pour rappel, le développement de la section précédente a mis de l'avant un discours des aînés révélateur d'un vieillissement marqué par une ouverture vers la spiritualité, et d'une santé qui dépend entre autres d'une « bénédiction », ce qui a priori laissait sous-entendre un lien entre la spiritualité et la santé.

À présent nous exposons à travers les récits des répondants, leur avis sur les répercussions de leurs expériences spirituelles sur leur santé. Si de prime abord la spiritualité et la santé ne peuvent être lues séparément pour certains, d'autres en l'occurrence pensent que les deux ne vont pas de pairs et sont dissociées dans leur vécu. Des oppositions et des neutralités s'insèrent clairement dans la trame discursive des répondants, tandis qu'une minorité d'entre eux tient un discours ambivalent quant à la possibilité d'un lien entre la spiritualité et la santé. Nos analyses s'appuient également sur quelques auteurs, en particulier Crowther *et al.* (2002), et Simard (2006), qui font allusion respectivement au « forgotten factor²⁸ », soit une spiritualité aidante au plan de la santé, et aux conséquences néfastes que peut avoir la spiritualité sur la santé. Nous les structurons autour de deux pôles que nous avons qualifiés de positif et de négatif.

Le premier pôle fait état des effets bénéfiques de la spiritualité sur la santé. Il arbore l'espoir de guérison et de santé ainsi que la résilience que la spiritualité peut entraîner face à la maladie ou la souffrance, et le maintien de la santé généré par ceux qui se conforment à certaines règles religieuses. Le second pôle, plus négatif quant au lien spiritualité et santé, expose les conséquences fatales et désastreuses sur la santé générée par une forme de spiritualité fondée sur certaines pratiques religieuses nuisibles, sur la voyance, la divination ou les mauvais sorts.

Pour terminer, nous examinons la pertinence d'inclure la spiritualité dans l'offre de service de santé tel que cela a découlé des débats des participants après qu'ils aient parlé des deux pôles sus évoqués. Nous mettons de l'avant les opinions diverses exprimées par les répondants. Parfois elles sont catégoriques, mais aussi par moment ambivalentes ou contradictoires et teintées de plusieurs nuances.

²⁸ Ces auteurs estiment que la spiritualité est le facteur qui a été oublié dans les éléments énumérés par Rowe et Kahn (1997) et susceptibles d'aider à parvenir à un vieillissement réussi.

5.3.1 Les effets bénéfiques de la spiritualité sur la santé

La spiritualité génératrice d'espoir de guérison et de santé

À la question de savoir s'il existe un lien entre la spiritualité et la santé, plusieurs participants ont répondu spontanément par l'affirmative, comme l'illustre l'exclamation de G_26 : « I believe there is a big link between the spirituality and health ! »

Pour cette dame de 88 ans qui a subi plusieurs opérations et qui fait partie d'un groupe religieux auquel elle est attachée, la spiritualité aide à faire face à la maladie ou à une perte profonde en procurant l'espoir d'un soulagement ou d'une guérison. Dans cette logique, d'autres répondants grecs estiment que la spiritualité donne une ligne de conduite qui favorise le développement de pensées positives aidantes pour la guérison. Selon eux, elle procure l'énergie pour se maintenir en bonne santé, ainsi que « l'espoir », et la « force intérieure » qui permettent de faire face à sa maladie et de ne l'imputer à personne.

If you're sick, and you're facing a serious disease, if you have spirituality, it gives you an inner strength. You can deal with illness. You can strengthen your inner self and try to cope the best you can with this illness. And It makes you a better person. [...] You have this inner force, or inner strength that comes out, and you are able to cope with your disease. And you don't become angry and blame everybody. And anybody and even God for being sick, you know. So I think it helps. The two are definitely linked. G_24

How? Like I said, it gives you hope, it give you strength to go on. Yeah. You don't get depressed. I see people who don't have any spirituality and they lose their hope. They get very depressed. And I see people who have that feeling inside them. That's why they have so many bad things to them, they have that spirit they have to lift them up. For me, I've seen that everyday and I now experience that everyday. G_27

Pour sa part, CA_42, un homme de 72 ans qui affirme n'appartenir à aucun groupe religieux ou spirituel, défend l'idée selon laquelle on devrait recourir quand même à la spiritualité quand la science montre ses limites face à la maladie. De son expérience, la spiritualité n'intervient que « lorsqu'il n'y a plus rien que tu puisses faire » et que l'on voit que les choses vont en empirant. CA_40, une aînée de 89 ans renforce cette idée et précise qu'au fil des ans, elle a appris et expérimenté les bienfaits de la spiritualité, surtout quand les choses vont mal et qu'elle se sent impuissante.

If I strengthen my spirituality I'm not wasting time with futile ideas. I stay with mine, the Bible [...]. Through those years I learned that hum, spirituality ... plays a big part when there is nothing else you can do. And when it involves your health, your children, all kinds of things and there is nothing, nothing else, you see things going down and down and down, week after week after week hum, you have to do something and I have, I have felt back on my spirituality. And found it's, like hum, coming out of muddy water and you find that things can get washed away. CA_40

Dans ce cas, la spiritualité apparaît comme un dernier recours et revêt un caractère extraordinaire. Elle apporte l'espérance, là où il n'y en a plus humainement parlant : « It's dealing with the impossible. » CA_45

Notons que pour ces participants qui misent sur la spiritualité, leur espoir (ou croyance) ne les pousse pas à rester amorphes et résignés face à la maladie. H_23 est une dame diabétique de 72 ans. Elle précise qu'il est important de faire soi-même tout ce qui est de son possible pour combattre la maladie, en se rendant à l'hôpital ou en utilisant même la médecine traditionnelle ou naturelle. La responsabilité de l'individu souffrant est engagée en ceci que lorsque la maladie survient, il faut chercher à tout prix à l'éradiquer par soi-même et « à rétablir l'équilibre », pour en définitive « pouvoir regarder vers Dieu, vers la spiritualité » (H_19) quand le mal persiste, comme l'ont soutenu quelques répondants.

Plusieurs disent s'appuyer sur leur foi pour combattre la maladie, et prier pour que la santé s'avère une bonne stratégie pour faire face à celle-ci (Tait *et al.*, 2011). Bon nombre des participants qui appartiennent à la tradition judéo-chrétienne comme C_05, attestent qu'ils aspirent à la guérison et fondent leur espérance sur leurs croyances. Pour eux, ce sont les rituels religieux comme la prière ou l'assimilation de vérités en lien avec les doctrines apprises qui font naître l'espoir d'une amélioration de la situation de la personne souffrante.

Oui, parce que quand moi je suis malade, je me tourne vers mon Dieu qui m'a créée... Je ne pense même plus à la gravité de la maladie, puisque je me suis confiée à celui qui m'a créée. Au lieu de pleurnicher « ah! le médecin m'a dit ceci, cela » donc ça commence à me tourmenter...je me confie à lui ... Je peux me confier en lui et mourir hein comme je peux être malade et continuer à vivre...advienne que pourra. Oui, c'est ce qui est bon pour moi. Et là je n'ai pas à me tracasser outre mesure. C_05

Parce que, si je ne prie pas, pour moi, j'ai pas la foi. Puisque je crois en un être suprême, qui m'a créé, eh! bien je crois qu'il peut m'aider. Peu importe la façon qu'il va le faire. Donc, c'est dans le sens où moi c'est par la prière que je veux me préparer à faire face à tout ce qui peut m'arriver. CF1_08

If you don't have that spirituality feeling, deep inside you, you lose your hope. Whatever happens to you. And, if you have the spirit, if you have the hope, then you fight what it happens to you. And the health, the spirituality helps, plays a deep role in the health. G_27

Ainsi, les aînés qui croient en une grande puissance susceptible de détenir le pouvoir et même un contrôle sur leur vie, trouvent que celle-ci peut décider de leur guérison. L'origine ethnique importe peu dans cette conviction, ce qui compte c'est la décision finale prise par la grande puissance qui détermine leur sort. Pour ces personnes qui croient en l'éventualité d'un mieux aller conséquent à la prière, la spiritualité est un vecteur de transmission de cette espérance par l'invocation d'un être suprême, Dieu, qui donne l'opportunité de réaliser des choses au-delà de ce qui est humainement possible. Il a le pouvoir de préserver de la maladie et de permettre d'en guérir si elle

survient malgré tout. C'est ce qu'ont exprimé H_21 et CA_41, deux dames âgées de 66 et 84 ans respectivement, qui croient en la possibilité de recouvrer la guérison par la prière via leur croyance Dieu.

Pour moi, la spiritualité c'est la croyance [...] ma croyance, je sais qu'il y a un Dieu, un être suprême, on ne le voit pas, mais en toute croyance aujourd'hui. J'ai dit là, H_21 est malade, mes enfants sont malades, ou bien n'importe quelle difficulté que j'ai, donc tu dis, là c'est je prie, je me concentre sur cette personne-là, vous ne pouvez pas me déconcentrer quand je parle avec. Donc pour moi c'est la croyance. Quand on croit ferme, ferme, fermement, ce que vous voulez, ça va être, vous allez réaliser pareil pour moi. H_21

I don't hum, quite understand, but when I, or somebody of my family is very sick, I pray, that all I know [...] Well I believe in God, and I believe that he can help, you know. CA_41

Hormis l'espoir que peut susciter la spiritualité lorsque surviennent une maladie ou des pertes, les participants ont affirmé en grand nombre que la spiritualité peut mener à la guérison. La plupart de ceux qui pensent ainsi témoignent d'expériences personnelles de guérison ou du recouvrement de la santé de proches qu'ils ont vécus, et qu'ils mettent sur le compte de la spiritualité. Voici quelques extraits des récits de répondants d'origines haïtiennes, congolaises, grecques, et Canadiennes anglaises, qui relatent ces événements et expériences hors du commun.

J'ai été malade moi-même, et j'ai vu des personnes qui sont venues prier pour ma guérison. J'ai eu un problème très grave, à la suite d'une opération, et le neurologue me disait que je n'allais pas marcher, ma jambe gauche était paralysée. Et ma mère est venue, elle a tenu ma main, elle a prié, elle m'a demandé de prier avec elle, et elle m'a dit, « le neurologue c'est un homme, il n'est pas Dieu. Tu marcheras ». Je suis restée un an sans marcher... Et je marche. J'ai la jambe gauche plus petite que la droite. Mais ça ne paraît pas [...]. Ça c'est un exemple. J'ai eu d'autres exemples avec mes enfants [...] Donc moi, avec tous ces exemples, je ne peux pas dire que je ne crois pas à la spiritualité. Je continue à y croire, et je vis en conséquence. H_19

J'ai commencé à prier et je me suis senti transporté dans un monde où il y avait vraiment la paix. Quand je suis sorti, j'ai commencé à rire devant l'église. J'étais en paix. C'est comme si tous ces problèmes étaient disparus. C'est ma première expérience qui était très intense. Mais plusieurs fois, j'ai revécu cette expérience-là. C_02.

Yeah. I tell you that I have with doctor many years ago. My husband was very sick at that time. And I called on him. So we went to the hospital and took him inside and the doctor said for me: "Wait and I come back for you". When he came back to me, he said to me: « What God do you believe? » I look at him, you know it was the question...He was a Jewish doctor. I said: «Doctor, it's the only one God. The same God». I said. He look at me: « I don't understand you right away ». I said: « This is something more than you believe ». So, my husband explained to him what it was. So, he said to me: « Our health is going that far ». I will never forget that, maybe it's gone for many, many years. « Beyond that, it's God's will to save your husband ». I was 40 years old at that time. I never forget these words in my life. G_27

Et j'ai vécu dans ma famille des expériences palpables que je ne peux pas dire que je ne crois pas. Mon frère par exemple a souffert [...] souffre de la leucémie. Le médecin lui a donné 2 ans à vivre. Et ça fait 27 ans qu'il est en vie. Grâce à la prière. C_05

In a sense of social mental health situation, where I had difficulties with a lot of anxiety and [...] without believing in a higher being, I did find myself wishing or praying for help, hum, because I felt completely out of control, [...] I had a form that wishing for the best does and so I consider that with spirituality, where you don't feel capable of dealing with the situation, but you need help and...So asking for help is how I see the use [...], the healthy aspect of spirituality. Asking for help [...], the strategy. CA_45

Ainsi, dans l'un et l'autre des cas rapportés par ces répondants ou leur proche, la spiritualité semble avoir mené à une guérison ou à un état de mieux-être (Pargament, 2013). Certes, il émerge du témoignage de quelques-uns une tendance à recourir à la spiritualité pour être soulagé de la douleur ou de la peine physique ou émotionnelle. Cependant, cette logique n'est pas partagée par tous, comme le montrent les analyses effectuées.

Contrairement à l'idée selon laquelle ce sont souvent les personnes issues des communautés culturelles qui « sont nombreuses à valoriser la spiritualité comme point d'entrée pour résoudre les difficultés » (Molgat, 2015, p. 21), notre recherche met de l'avant un résultat différent. En effet, plusieurs des participants originaires aussi bien des cultures occidentales (comme les Canadiens, les Grecs et les Italiens), que des cultures orientales (comme les Vietnamiens) ou traditionnelles (comme les Congolais et les Haïtiens), établissent une relation positive entre la spiritualité et la santé, même si les raisons qui justifient cette assertion divergent quelque peu d'un individu à un autre.

La conformité aux préceptes religieux et aux croyances créatrices d'une bonne santé

Outre le fait que la spiritualité génère l'espoir d'une guérison tel qu'il est ressorti des spéculations des aînés que nous venons de développer, quelques-uns d'entre eux ont mentionné que dans certaines situations, c'est l'individu lui-même qui est responsable de la maladie ou de la souffrance qu'il endure. Ils l'expliquent en relevant que la conformité ou la non-conformité aux préceptes religieux et aux croyances d'une personne peut avoir des répercussions sur sa santé. Ces constats émanent des arguments soulevés par quelques participants originaires du Congo et du Vietnam. Nous avons trouvé important de relever ce raisonnement spécifique aux participants de ces deux communautés. Leur quête existentielle se manifeste, ou mieux se transforme en quête spirituelle face à la maladie, surtout quand elle est grave. Ces aînés croient que ce sont leurs actions mauvaises qui peuvent être la cause de leurs souffrances, et qu'il leur appartient de « bien se tenir » pour ne pas être victimes de maladies ou d'autres difficultés sanitaires. Ainsi que nous l'avons expliqué dans la section 5.1.3, pour les aînés congolais, quelques questionnements surgissent et l'individu s'interroge sur la responsabilité qu'il endosse par rapport à la maladie dont il souffre : quel péché ai-je commis? Quel mal ai-je fait ?

De leur point de vue, la cause d'une maladie ou d'une souffrance ne réside pas seulement dans un problème physique. Elle peut être en lien avec un événement ou une personne. Ils estiment que toute maladie est mystique et doit être traitée en tenant compte de ce facteur. De ce fait, s'éloigner du « péché » et obéir à la loi divine permet d'exorciser la maladie. La spiritualité influence leur façon de concevoir la maladie (Meadows *et al.*, 2001; Koenig *et al.*, 2012).

Moi je vois que c'est le monde occidental, ils ont leurs principes... Mais chez nous les Africains, les bantous, c'est identique partout. C'est toi-même qui est responsable et le premier responsable... Tu vois le mot spiritualité et santé, c'est lié. Ça marche ensemble. Toi-même ta conscience tu vas te poser la question, c'est spirituellement tout ça. « Peut-être, j'ai fait un péché, je suis allé prendre une femme d'autrui, ou j'ai volé quelque chose de quelqu'un ». C'est par là qu'il y avait question de santé. Maintenant ça c'est ta conscience à toi. Tu vois que c'est un mot qui vient toujours dans l'invisible. C'est un mot qui vient en dedans de toi-même. Et c'est par là où ça se marie, ça se colle avec la santé. C_01

C'est un réflexe, peu importe ce que nous vivons ici, parce que généralement en principe nous ne voyons pas qu'une maladie survient simplement par hasard. Nous croyons fondamentalement qu'il y a une cause [...] toutes les croyances influencent le comportement des gens [...]. Moi je crois que c'est une forme de spiritualité assez intéressante à étudier et qui est liée à la santé. C_02

Les participants vietnamiens présentent une perception similaire en faisant référence aux concepts de « vie antérieure » et de « vie ultérieure ». Dans la tradition religieuse bouddhique, les actes posés par les individus en société ont un impact sur leur santé.

Oui, la vie et le mode de vie, la culture, la vie familiale, la vie sociale, influent beaucoup sur la spiritualité... c'est que les Vietnamiens croient beaucoup spirituellement parlant, à ce qu'il y ait une vie antérieure, et une vie ultérieure (...) Les bonheurs et les malheurs que vous rencontrez dans cette vie et qu'on ne peut pas expliquer la cause, on les met sur le dos soit de la vie antérieure, soit de la vie ultérieure. Si par exemple elle fait beaucoup de bonnes choses, mais qu'elle rencontre certains petits malheurs, elle dit « ah! ça c'est ma faute dans ma vie antérieure ». Par

contre si elle fait beaucoup de bonnes choses dans sa vie actuelle et qu'elle ne s'attend pas à recevoir rien du tout, eh! bien on se console en disant « là on fait de bonnes choses pour la vie ultérieure ». Voyez-vous, c'est ça la spiritualité chez la plupart, la grande majorité des Vietnamiens : il y a une vie antérieure et il y a une vie ultérieure. V_30

Ainsi la santé provient (ou est associée au respect) de l'obéissance à la loi de la religion, laquelle édicte d'avoir une bonne conduite vis-à-vis de son prochain. Comme ils l'ont signifié eux-mêmes, ces aînés attachent du prix à la santé : « nous les Vietnamiens quand on se rencontre, la première phrase qu'on se demande, c'est est-ce que vous êtes en santé? Et quand on se quitte, on souhaite beaucoup de santé. » V_31 Selon eux, le fait de suivre les normes religieuses de bonne conduite sociale garantit une bonne santé. C'est dans cette optique que Koenig *et al.* (2017) soutiennent que la foi religieuse peut produire certains effets positifs sur le bien-être physique et psychologique des individus qui l'expérimentent.

Ainsi, nous avons perçu dans le discours des uns et des autres que la spiritualité n'est pas là seulement pour attiser l'espérance d'une guérison, elle exacerbe également la bonne santé. Comment la spiritualité se manifeste-t-elle à ce moment-là? Elle est directement liée à la façon dont l'individu se représente la santé qui est construite en fonction de sa spiritualité. Koenig et ses collaborateurs (2012) ont examiné la relation qui pouvait être faite entre la spiritualité et la santé, et concluent que la spiritualité d'un individu peut modifier sa conception de la santé et de la maladie. Nos résultats vont dans le même sens. En effet, quelques participants ont exprimé que la spiritualité conditionne leur compréhension de la maladie et déteint sur leur santé. Cela s'explique par l'influence de la pratique et des préceptes religieux qui les amènent à essayer de vivre une vie « saine » qui engendre des effets qui leur sont bénéfiques.

Un bon mental pour une bonne santé

Enfin nous avons constaté qu'un petit nombre de participants amalgame la santé mentale et la santé spirituelle. Étrangement, ce ne sont pas seulement ceux qui ont relaté avoir une croyance. Quelques aînés athées considèrent qu'il y a un lien entre la spiritualité et la santé. Selon eux, la spiritualité peut également être conçue comme une attitude, une moralité, une pensée, et être associée à la santé mentale (entendue ici comme la pensée). Dans cette optique, la santé mentale a de l'effet sur la santé physique. C'est ce qui émerge des propos d'une participante grecque de 67 ans, G_24, qui soutient par cette boutade « The mind can cure anything in the body », que le fait d'avoir un « mental » en bonne santé entraîne une bonne santé physique. Tandis que pour CF1_08, un aîné de 83 ans, la santé mentale (le mental) est fusionnée à la santé morale et intellectuelle et dans ce sens, est en lien avec sa spiritualité.

Mind over body. The mind can cure anything in the body. [...] That's why the spirituality comes in, the force. And your control...It's the way of thinking or the way of dealing...Because me, I have problems with my knee. And sometimes I don't walk with ease, I have pain. But I say that's not going to let me down. I'm still going to go out. I'm going to do this and that. So, that's mind over body. I don't let myself get down. I put myself up and I go even if I have pain, I continue you know. So that's why I said, it's mind over body. G_24

Et dans ce sens-là, c'est comme ça que je vois que il y a un lien entre ma spiritualité et ma santé, surtout morale et intellectuelle. La santé spirituelle. Pour moi il y a un lien. Moi ce que je veux, c'est de demeurer en santé, surtout, de façon, par rapport à mon esprit. CF1_08

H_22 élargit cette réflexion et ajoute qu'il ne s'agit pas seulement d'une santé mentale et spirituelle, mais d'une santé globale qui fait qu'un déséquilibre dans une partie de l'être humain a des répercussions sur toutes les autres.

Moi je dis que, l'être étant un tout, bon dès que la santé flanche, tout bascule. Parce que c'est vrai, arrivé, comme tu dis le déséquilibre, parce que dès que, dès que la santé, on a plus une santé, tout est en train de chambouler c'est pour ça que je dis que, dès qu'on n'est pas en santé, la spiritualité, la spiritualité est comme un pour là-dedans. H_22

Au final, se fondant sur leur expérience personnelle ou celle de leurs proches, plusieurs participants, toutes ethnies confondues, trouvent que la spiritualité a des vertus thérapeutiques et préventives sur la santé physique (et globale). D'autres considèrent, comme nous le verrons dans la prochaine section, que si la demande de guérison n'est pas exaucée par la prière, la spiritualité permet néanmoins de braver paisiblement la maladie et la mort.

La spiritualité, vecteur de résilience face à la maladie et la mort

Pour une bonne partie des aînés rencontrés, c'est grâce à la spiritualité qu'ils s'accrochent à l'espoir d'une guérison ou d'un mieux-être face à une détérioration de la santé. Non seulement elle est utile pour affronter sereinement la maladie, mais également la mort. Pour eux, la spiritualité permet d'avoir une attitude positive et procure la force nécessaire pour accepter la maladie et y faire face. Les discours tenus par V_31, CF2_17 et G_28 vont dans ce sens.

Vous vouliez savoir en quoi ça aide ? Ça aide à donner plus de force à la personne pour affronter la maladie. Pour affronter la maladie mais aussi pour accepter la mort avec sérénité. Ce n'est pas parce qu'on cherche tous les moyens de s'en sortir, mais quand on accepte les choses réelles, on accepte la mort plus facilement, avec philosophie et avec sérénité. Ce n'est pas tout le temps de s'en sortir, ou de ne plus être malade, car parfois c'est impossible. Mais quand on voit la réalité des choses on peut accepter la mort avec sérénité. V_31

Parce que la spiritualité, qu'on le veuille ou non, qu'on l'accepte ou pas, la spiritualité apporte de la force. Une force en toi qui peut être très utile pour accepter la maladie... Et tous les gens qui sont dans la petite chapelle, je

suis sûre, m'apportent de la force. De la force spirituelle. Pourtant ils ne me parlent pas. Mais quand je sors de là, je sens que j'ai une certaine force. CF2_17

They energize. They create an atmosphere and they concentrate and they get the strength, inner strength you know to energize. That's what spirituality is, to be able to communicate with your spirit and [...] To be able to cope with your pain [...]. That's spirituality. G_28

Ils sont nombreux à soutenir que grâce à leur spiritualité, à la pratique de la prière et à leur foi en Dieu, ils sont capables d'endurer la maladie. Pour eux, Dieu est en mesure de les aider, ce qui leur permet de vivre différemment la souffrance.

I don't quite understand, when I or somebody of my family is very sick and I pray, that all I know [...]. Well I believe in God, and I believe that he can help hum, you know. CA_41

Oui, parce que il y a des fois on est malade on va chez le médecin, le médecin ne peut rien faire. Il dit « madame, pour vous je ne sais plus rien faire ». Je me tourne vers mon Dieu qui m'a créée, je présente mon problème, c'est tout et j'ai la paix en moi. C_05

Le recours à la prière ou à l'être supérieur ne se pratique pas uniquement dans l'espoir de guérir, comme nous l'avons vu à la section précédente, il s'avère utile, voire essentiel, pour avoir la paix et la sérénité face à la souffrance générée par une maladie passée, actuelle ou appréhendée. C_05, une dame congolaise de 75 ans qui n'a aucun problème de santé actuellement affirme qu'elle vaque à la prière pour avoir la paix quand elle est dans la souffrance induite par une maladie. H_21, fragilisée dans son état de santé en raison d'un problème de la glande thyroïde, déclare de son côté que sa croyance l'aide « à passer au travers de la maladie ». Quant à H_22, une femme de 71 ans d'origine haïtienne, elle soutient qu'elle n'a aucune maladie, mais qu'en temps opportun sa croyance sera aidante : « Ah oui! Parce que comme elle dit, si on croit en quelque chose, cette chose-là peut nous aider à passer à travers la maladie qu'on a à passer à travers. »

Les propos de CF1_08 vont dans le même sens :

Et donc ça veut dire que dans ma foi, la prière est un point essentiel, pour quelqu'un qui croit à la prière. Mais moi, dans la maladie, si ça m'arrive... la prière va faire partie de ma vie. Comme elle en fait partie aujourd'hui. Je ne demanderai pas de guérir. Je vais demander d'avoir la force nécessaire pour vivre ce que j'ai à vivre. Ma foi. Puisque je crois en un être suprême, qui m'a créé, et bien je crois qu'il peut m'aider. Peu importe la façon qu'il va le faire. Donc, c'est dans le sens où moi c'est par la prière que je veux me préparer à faire face à tout ce qui peut m'arriver. CF1_08

De la même façon que la spiritualité s'avère bénéfique pour les répondants qui s'appuient sur elle quand survient la maladie, nos résultats témoignent que, pour un certain nombre d'aînés, la spiritualité aide à apprivoiser la fin de vie.

Soulignons que le thème de la mort et de son lien avec la spiritualité n'était pas spécifiquement abordé dans le cadre de nos entrevues. Cependant, il constitue un élément émergent de quelques groupes de discussion. Les répondants qui l'ont évoqué ont particulièrement fait valoir qu'en plus d'apporter de l'espoir ou de mener à la guérison, la spiritualité, davantage affiliée à la religion, permet d'affronter sereinement les épreuves émanant d'un décès. Or comme on le sait, la perte d'un être cher bouleverse souvent la santé mentale qui à son tour peut influencer la santé physique. Les aînés étant amenés à côtoyer davantage la mort du fait de l'avancée en âge, nous avons estimé qu'il est pertinent de s'attarder même assez succinctement sur ce thème qui a émergé naturellement du discours de certains répondants. Ceux qui l'ont abordé sont en grande partie originaires de l'Italie, du Vietnam et d'Haïti et entretiennent une relation singulière avec la mort²⁹. Selon eux, se référer à sa spiritualité serait bénéfique aussi bien pour le mourant que pour les proches.

²⁹ Rappelons que le sens donné au vieillissement par plusieurs des participants montrait que cette dernière étape de leur vie donne d'être conscients que la mort est proche. Voir section 5.1

I_36, une veuve de 81 ans fait partie de la minorité des participants qui ont dit être agnostiques. Elle définit sa spiritualité comme un « sentiment de devoir aux autres, une écoute, une attention. » Elle considère aussi que c'est cette spiritualité qui lui donne d'attendre la mort avec sérénité, parce que sa spiritualité part de son for intérieur et n'est rattachée qu'à son désir du don de soi. « Et puis moi je pense que ma spiritualité part de mon intérieur [et aide] à lâcher-prise face à la mort ». De son côté, I_38, veuve de 74 ans, affirme avec détermination son indéfectible relation à la religion catholique, et atteste que les services reçus d'un prêtre lorsque son mari décédait ont permis à ce dernier de s'en aller en paix. Le témoignage qu'elle donne du départ paisible de son mari atteste de l'importance qu'elle accorde à un rituel religieux susceptible de procurer un apaisement au moment du décès. Ce rituel revêt une importance capitale pour les pratiquants de la religion catholique. L'autorité ecclésiastique a le pouvoir d'apaiser par sa présence aussi bien la personne mourante que ceux qui l'accompagnent. « Mon mari a été protestant et il s'est converti au catholicisme. Quand il est mort, le prêtre est allé, il a fait la confession, et il est parti en paix. » I_38

Dans le groupe de discussion des aînés vietnamiens, quatre des cinq participants ont soutenu que la spiritualité sert également d'atténuateur devant les effets douloureux et parfois effrayants que provoque la mort.

La spiritualité aide beaucoup la santé... Ce n'est pas parce qu'on cherche tous les moyens de s'en sortir, mais quand on accepte les choses réelles, on accepte la mort plus facilement, avec philosophie et avec sérénité. Ce n'est pas tout le temps de s'en sortir, ou de ne plus être malade, car parfois c'est impossible. Mais quand on voit la réalité des choses, on peut accepter la mort avec sérénité. V_32

V_34, un ingénieur retraité de 80 ans, spécifie contre toute attente que les préceptes et les enseignements que véhicule leur religion donnent de l'espoir quant à la vie après la mort, fournissant ainsi au mourant un apaisement devant l'inconnu qui suit la fin de

vie. Par conséquent, seule la religion doit être considérée sur le plan de la santé comme pouvant soulager la souffrance, et non la spiritualité.

Par contre, dans la religion on parle toujours de vie après la mort. C'est-à-dire que le message des religions est que tu n'as pas à avoir peur. Parce qu'après cette vie il y a une autre vie. Ça console le mourant. Sans cela, c'est triste, apeurant de voir que la mort est la fin de tout. Mais avec la religion, oui tu vas mourir, d'accord, mais tu as une autre vie à vivre, peut-être meilleure. Alors c'est pour ça qu'on apprécie les religions, à cause de l'humilité qu'elles nous donne. La vie après la mort. V_34

Ainsi, en regard de notre analyse, il ressort que pour une proportion significative de participants, la spiritualité tient lieu, comme le nomme Delisle (2014), de « convertisseur identitaire » face à la maladie. C'est-à-dire que la personne malade dotée d'une spiritualité adopterait une identité positive de l'état de malade, contrairement à « la vision négative véhiculée dans les sociétés occidentales actuelles » (Ibid. p. 70). Autrement dit, la spiritualité permet de mieux composer avec la maladie, que celle-ci soit mentale ou physique.

Globalement, nous venons de montrer que la spiritualité, qu'elle soit ou non affiliée à la religion, est pour plusieurs participants, un élément nodal pour se préparer à accepter placidement la maladie et/ou la mort (la leur et celle de leurs proches), deux réalités qu'ils côtoient davantage avec l'avancée en âge. Toutefois, la prochaine section reflète que le rapport à la spiritualité peut aussi donner lieu à des effets indus sur la santé.

5.3.2 Quand la spiritualité nuit à la santé

Bien que de nombreux participants aient évoqué les dimensions positives de la spiritualité en lien avec la santé, quelques-uns ont fait ressortir qu'il existe aussi une spiritualité qui « tue », qui rend malade ou qui n'aide pas à recouvrer la santé. Pour soutenir leurs propos, ils ont évoqué le recours à de mauvais esprits qui peuvent influencer la santé des personnes qui les invoquent par le biais de leurs croyances, la

mise en pratique aveugle de doctrines religieuses interdisant certains types de soins comme la transfusion sanguine, et l'oppression subie de la part de groupes ou institutions religieux marginaux.

Dans ce contexte et en regard de nos analyses, on s'aperçoit que l'appartenance culturelle est un facteur déterminant dans la perception de ce lien négatif entre la spiritualité et la santé tel qu'il est présenté. En effet, ce sont surtout les participants issus des sociétés ancrées dans des habitus avec une forte influence traditionnelle, notamment du Congo et d'Haïti, qui ont insisté sur les conséquences négatives de la spiritualité sur la santé provenant des actes posés par des guérisseurs traditionnels ou des sorciers. Par contre les préceptes religieux contraignants et les institutions religieuses ont été rapportés par quelques-uns des répondants des autres pays qui ont participé à notre recherche.

Le recours au mysticisme et aux pratiques occultes

Comme discuté dans le chapitre précédent, les considérations culturelles de la santé des aînés issus du Congo et d'Haïti s'arriment à leur représentation de la spiritualité. Conséquemment, une spiritualité mal reçue peut générer des effets incongrus et pervers sur l'état de santé des personnes qui la vivent, ainsi que cela a été rapporté dans les témoignages reçus.

Les propos de H_22 une aînée de 71 ans, soutenus par les autres participants, traduisent l'intériorisation d'une croyance en lien avec le Vaudou, qui est très développée dans la culture haïtienne. Le « boucaul », maître du Vaudou induit ses disciples en erreur par les directives erronées qu'il véhicule et qui entraîne des conséquences fatales sur plusieurs. Soulignons que pour les participants qui y croient, la distance géographique n'influe pas sur la puissance des forces maléfiques et peut se transposer en terre d'accueil de manière mystérieuse.

Oui, j'ai même lu, excusez-moi j'ai même lu quelque chose, et dans la tunam qui est là maintenant, qu'il y avait la maladie, il y avait le choléra en Haïti [...]. Mais certaines catégories de gens en Haïti, ceux qui n'ont pas la chance d'être éclairés par je ne sais quoi et pour quoi, pensaient c'est parce que les autres, les gens leur voulaient du mal. Ils allaient chez le boucaul, le boucaul le hongga c'est le médecin du vaudou qui leur disaient, « mais oui c'est parce que on veut te faire du mal ». [...] Au lieu de leur dire « venez chez moi, je vais vous guérir », ils n'étaient pas capables de les guérir ce mal! Ça veut dire que cette spiritualité, cette forme de spiritualité mal vécue, mal comprise pouvait induire les gens en erreur. H_22

La majorité des aînés d'origine haïtienne ont affirmé que lorsqu'un de leurs proches ou eux-mêmes sont malades, la visite chez le médecin est pertinente, notamment quand on arrive à connaître au plan médical quelle est la cause de la souffrance. Mais cela n'empêche pas que parallèlement on s'enquiert de la provenance de la maladie en ayant recours à la consultation des voyants ou des guérisseurs traditionnels.

Certains considèrent qu'un « mauvais sort » lancé par un simple regard est susceptible d'entraîner la maladie. En outre, ils croient aussi aux capacités ou aux « pouvoirs » que peut détenir un individu, même s'il n'est pas un représentant du Vaudou. Il est alors taxé de sorcier à cause des pouvoirs malfaisants qu'il détient et qu'il peut diriger vers une autre personne.

Tu arrives là, tu dis, oh, elle m'a regardée, elle m'a jeté un mauvais regard... je pense que je vais être malade parce qu'elle me hait. Mais avec un tel esprit savoir que, les autres te haïssent, à ce moment-là, tu vas nourrir ce mauvais esprit, ça peut te rendre malade... Alors nous autres, c'est ainsi qu'on voit ça. H_23

Les participants congolais ont aussi tendance à appréhender les choses de manière à peu près similaire à celle des répondants haïtiens. Rappelons que le sens donné à la spiritualité par les aînés congolais englobe aussi bien la médecine naturelle, que la sorcellerie, les traditions et les coutumes. Ils appréhendent la spiritualité en tant que « pouvoir », « force » qui peut être « pouvoir positif dans le bon sens ou bien pouvoir

négatif. » C_01 Ainsi, de leur avis, dans les coutumes congolaises, les voyants et guérisseurs traditionnels, nommés « Tiguia » et « Coubouquicha » peuvent par des activités occultes venir à bout des maladies dont la cause n'est pas scientifiquement avérée. Il devient alors vital d'investiguer pour en connaître l'origine, ou pour trouver un bouc émissaire à qui attribuer la maladie. Ces voyants auraient des pouvoirs surnaturels susceptibles non seulement de guérir, mais aussi de dénoncer l'auteur de la maladie, comme illustré par les réflexions de C0_1 et C_02.

Tu prends un exemple. Tu te présentes à ton médecin demain matin. Tu lui dis que « Dr aujourd'hui la nuit je n'ai pas bien dormi. J'ai vu ma tante me tirer à l'oreille. Mais regarde, ce matin, mon oreille, je suis malade », Il peut t'expliquer quoi ? C_01

Non je [...] j'appuie également ce qu'il a dit là [...] en règle générale les causes quand vous voyez le médecin ce sont des causes connues d'ailleurs pour la plupart des cas [...] Le type qui va sortir de la maison du médecin-là, il va aller voir son pasteur ou n'importe quoi, il va s'ouvrir à lui. Il va lui parler de ce que « je pense que on est en train de me manger chez moi-là, ekindoki, etc. la sorcellerie. Si le médecin pouvait s'ouvrir à cette croyance parce que le pasteur X que certains d'entre vous connaissent qui est ici, quand les Congolais allaient le voir, ils s'ouvraient parce qu'ils savaient quel langage utiliser, il pouvait te comprendre quand tu dis « je pense que mon père quelque part là à Kinshasa est en train de faire des histoires ». Il pouvait ne pas le croire, mais il pouvait l'écouter au moins, et essayer de le soulager, etc. dire « bon écoute va te réconcilier avec ton père » etc., parce qu'il sait que ça va aider dans une certaine mesure. C_02

Ces réponses évoquent le commentaire émis par Camus (1999) qui voit en ces pratiques inhabituelles des « croyances magico-religieuses issues pour partie des religions païennes qui offrent toute une gamme de guérisons, par l'intermédiaire du guérisseur traditionnel » (cité dans Bailly *et al.* 2011 :149). Dans une moindre mesure, cet aspect mystérieux de la spiritualité qui agit surtout sur la santé mentale a été discuté au sein des groupes de discussion des Vietnamiens et des Grecs par une très faible proportion de participants. V_34 en l'occurrence a évoqué sans s'y attarder, qu'il peut exister une spiritualité négative susceptible de porter atteinte à l'intégrité physique des personnes.

Mais il se peut qu'il y ait aussi de la spiritualité négative. Ça [la spiritualité] aide d'une part à améliorer notre santé, mais ça peut nuire aussi. Dépendant de quelle spiritualité on parle. Il ne faut pas penser que la spiritualité est toujours bonne. Comme là, il y a la spiritualité qui tue, mais il y a aussi la spiritualité qui aide. Alors il faut distinguer les deux. V_34

Quelques participants grecs ont fait allusion à la frayeur que peut provoquer une certaine façon de pratiquer sa spiritualité. C'est le cas pour des personnes en quête de pouvoir qui se livrent à des incantations ou à des « fantaisies » telles que contenues dans le « livre ».

Il y a une autre question à penser, ça veut dire, quand vous êtes dans la maison, que vous perdez un membre de famille. Dans la nuit, quand vous dormez ou que vous êtes réveillé, vous sentez le monde parler. Comme lui qui est parti de la vie, tu sens sa voix. Ça c'est spiritualité. Dans notre livre, c'est spiritualité. Alors, il te fait imaginer beaucoup de choses. Et après ça, tu as un peu peur, mais après ça, ça passe. C'est des bruits que tu sens. Tu vois des fois parler, la fenêtre ouvrir, ça c'est toutes des fantaisies qu'on vit. C'est ça la spiritualité G_25

Mises à part ces croyances nocives évoquées par les aînés, ces derniers ont également nommé des pratiques néfastes et réductrices que nous exposons dans la prochaine section.

Les pratiques néfastes et réductrices

Les participants ont épilogué sur les conséquences négatives que la spiritualité peut avoir sur la santé lorsqu'elle est affiliée à des pratiques religieuses intransigeantes. Ils ont fait état des répercussions dangereuses qu'elle entraîne sur la santé des personnes qui mettent en pratique des règles relatives à des dogmes religieux stricts.

À travers les analyses de notre corpus, il appert que les effets nocifs de la spiritualité peuvent se vivre aussi à un niveau macrosocial. Dans le cas qui est décrit, où la religion est assimilée à la spiritualité, les événements évoqués n'ont pas été vécus directement

par les répondants qui les rapportent, mais par des membres de leur famille ou des connaissances qui en gardent un souvenir douloureux. L'illustration la plus fréquemment rapportée concerne la religion catholique qui prohibait les méthodes contraceptives dans le but de multiplier les naissances, sans tenir compte de la santé des femmes ni des conditions de vie des familles. CF2_14 une dame de 81 ans et CF2_14 un homme de 73 ans, évoquent la pression exercée par le clergé au Québec il y a quelques décennies afin que les femmes tombent enceintes. « Quand tu n'en avais pas [d'enfants] à tous les ans, c'était grave. » CF2_14 « Les pauvres femmes, moi je dis les pauvres femmes qui ont eu 15, 16 enfants là. C'est parce que c'était contrôlé par la religion. » CF2_16

Ce cas de figure est spécifique aux participants canadiens originaires du Québec (canadiens-français). Ces derniers sont marqués par le contexte historique du Québec caractérisé par une place centrale accordée au clergé dans la vie sociale en générale et socio sanitaire en particulier avant la Révolution Tranquille des années 1960. Comme la plupart des Québécois, les participants de notre recherche gardent encore un souvenir négatif de cette époque.

D'autres aînés mentionnent des situations problématiques, voire même parfois « macabres » liées à la secte des témoins de Jéhovah et aux interdits que s'imposent certains patients à cause de leur religion (refus de transfusions sanguines entraînant la mort, etc.). Le commentaire de V_32 fait état des suites négatives que la religion a fait subir à des prosélytes.

Ça me fait penser à deux cas qui se sont passés déjà à Montréal. C'est que la première chose que tout le monde sait, c'est que les musulmans n'acceptent pas que leurs femmes se fassent consulter par des médecins hommes. Ça c'est un aspect de la religion dans la santé. Et un deuxième cas qui s'est produit récemment, c'est qu'un témoin de Jéhovah n'a pas accepté une transfusion. V_32

Dans le même registre, le récit de quelques répondants est coloré par l'image sombre d'une religion qui sévit au lieu de servir. CA_45 en particulier a un rappel amer de ce qu'elle a vécu à cause de la religion. Elle évoque la relation entre les Canadiens français et les Canadiens anglais à l'époque où elle était plus jeune : les premiers étant catholiques et les seconds protestants. Elle se remémore la guerre inter ecclésiastique qui suscitait des attitudes de rejet entre les personnes des deux obédiences. Elle qui n'est pas croyante, a vécu beaucoup de frustrations qui l'ont marquée au plan psychologique, et estime que l'église peut être une institution ou une structure qui divise plus que tout autre chose.

I grew up hum, everyone were, they were french Canadians and they were all Catholics. And at school, I went to an English speaking school and they were all Protestants, they all went to church, that was the culture around me, but my parents didn't go to church and they weren't believers and so we were isolated. I felt very different from them. I didn't know what they were believing in, and so I couldn't connect that well to. They were just them, with their belief, so I try to understand. If you are not part of the religion or the spirituality or however it's expressed, to the belief system, hum, you feel hard, you feel isolated and hum...you are kind of stuck when things go bad. CA_45

En regard du développement que nous venons de faire, il y a selon plusieurs participants, un lien profond établi entre la spiritualité et la santé, lequel peut s'avérer positif ou négatif. Les expériences vécues par les uns et les autres en témoignent. Toutefois, bien que minoritaires, quelques participants considèrent qu'il n'y a pas de lien entre la spiritualité et la santé. Voyons leur argumentaire.

5.3.3 L'inexistence d'un lien spiritualité-santé

Une faible proportion d'ainés déclare qu'elle ne trouve aucune relation entre la spiritualité et la santé. Cependant, en analysant les réflexions de quelques-uns, on décèle quelquefois des ambivalences et même parfois des contradictions face au questionnement sur l'existence ou non d'un lien entre la spiritualité et la santé.

Dans le groupe de discussion réunissant les participantes italiennes notamment, les aînées ont soutenu à l'unanimité que la spiritualité et la santé sont deux choses distinctes sans aucun rapport entre l'une et l'autre. C'est d'ailleurs l'unique groupe où de manière consensuelle, les participantes ont déclaré d'emblée qu'elles ne trouvent aucune association à faire entre la spiritualité et la santé. I_39 dira pour étayer l'idée des autres participantes, « [je pense] la même chose que les autres. Les chemins sont séparés ça n'a pas de rapport. La spiritualité et la santé ne vont pas les deux ensemble », et I_35 abonde dans le même sens en répliquant que « Moi la spiritualité et la santé : non. ».

Mais ce consensus n'est qu'apparent. Quelques participantes, qui avaient affirmé ne trouver aucune relation entre la spiritualité et la santé, déclarent a posteriori qu'il faut penser à Dieu quand survient la maladie. Étonnamment, I_35 précise, et les autres agréent, que tous les Italiens croient en un être supérieur : « Ça l'aide l'Esprit, penser au bon Dieu quand il y a une maladie quand il y a une douleur quand il y a une maladie ou quelque chose. » I_35 L'analyse de la culture et des valeurs italiennes révèle d'ailleurs que dans cette société, la religion et les dogmes religieux sont fortement ancrés dans le vécu quotidien. En effet, la religion catholique est enseignée dans les écoles et le catholicisme « fait partie du patrimoine historique du peuple italien » (Giacomo 2014 : 43). La Toussaint, fête religieuse célébrée annuellement, est l'occasion pour plusieurs pratiquants d'invoquer des personnes décédées pour leur protection.

Je pense que tous les Italiens croient à ça [...] Il y a quelque chose moi je crois que tous les Italiens pensent comme ça parce qu'il y a quelque chose de supérieur [...] Même quand tu es malade, quelque chose comme ça, on évoque toujours une personne, ou papa ou maman. Ça c'est une qualité de notre peuple, c'est une caractéristique de notre peuple et de notre âge, quelque chose qui est resté dans notre peuple. I_35

On peut ainsi comprendre que l'opinion des aînées italiennes rejoint en fait celle des autres aînées qui considèrent que la spiritualité (dans ce cas-ci la religion) est un vecteur de résilience face à la maladie (et même la mort).

La posture des participants athées ou agnostiques qui soutiennent que la spiritualité et la santé n'ont rien en commun diverge. C'est le cas de CF1_09, 68 ans qui affirme que ce n'est pas la foi en un Dieu qui guérit ou fait « passer à travers ».

Oui, mais là c'est croire que je vais passer à travers. C'est pas croire en Dieu qui va me faire passer à travers. Je sais pas je veux pas charrier là. Je suis convaincu moi que ça prend une motivation, ça prend une mobilisation pour passer à travers un processus comme ça là. CF1_09

Il est suivi dans sa réflexion par CA_43 qui estime aussi qu'advenant qu'elle tombe malade, elle va d'elle-même faire tous les efforts pour se relever de la maladie.

If there's problem, I won't be praying to a god, I would just try to find something that would comfort me, to give me the strength, so...I just try to, to suck it out of...here in my house and just make me feel better, so as I can get on with whatever needs to be done. CA_43

CA_42, qui lui aussi se dit agnostique, abonde dans le même sens, et trouve qu'il lui est impossible de faire un lien entre la spiritualité et la santé, et ce d'autant plus qu'il n'a jamais été sérieusement éprouvé par la maladie.

That will be hard to say hum, because I haven't had that many really serious health challenges and the one that i did have was taken care of medically. But, hum, I think that hum...No, I can't really say for sure. I would like to be able to answer that query, but I can't. CA_42

À la lumière de nos analyses, nous observons que le lien entre la spiritualité et la santé, bien que récusé par quelques aînées, est affirmé par la grande majorité des participants. Ceux-ci soutiennent que la pratique d'une spiritualité peut avoir des répercussions sur

la santé mentale et sur la santé physique, surtout dans le sens positif, mais parfois aussi négatif. Selon eux, l'espoir que la spiritualité suscite et la force qu'elle procure pour faire face à la maladie et à la souffrance contribuent à un mieux-être. Certains considèrent même que la spiritualité est une composante ou un déterminant de la santé, et mobilisent une conception de la maladie fondée sur des croyances spirituelles et religieuses.

En soutenant majoritairement qu'il existe un lien positif entre la spiritualité et la santé, on serait porté à penser que les aînés qui ont participé à cette étude sont favorables à une prise en compte de la spiritualité dans les soins et les services de santé qui leur sont offerts. Aussi avons-nous jugé pertinent de nous attarder sur cette question, d'autant plus que nous avons également pour objectif d'apporter notre contribution au débat très actuel sur la place de la spiritualité dans les services de santé.

5.3.4 La spiritualité dans l'offre de service de santé qui leur est adressée

Un des sous-thèmes de notre guide d'entrevue consistait à 'interroger les participants sur la pertinence d'introduire la spiritualité dans l'offre de services sociaux et de santé proposée aux patients. Un regard en amont des propos analysés montre que c'est presque naturellement que la place de la spiritualité dans les services de santé a été abordée dans quelques groupes de discussion, surtout ceux réunissant des participants qui admettent qu'il y a un lien entre la spiritualité et la santé. Les résultats de notre exploration montrent que les avis sont partagés. Tandis que quelques participants proposent qu'on tienne compte de la spiritualité dans les services de santé susceptibles de leur être fournis, d'autres s'y opposent et restent très sceptiques quant à sa concrétude. Plusieurs autres sont ambivalents ou simplement neutres, ce qui conduit à des avis parfois mitigés et nuancés. Quelques répondants sont même revenus sur leurs affirmations pour émettre une opinion allant à l'opposé de ce qu'ils avaient préalablement soutenu.

Des avis négatifs en raison d'une multiplicité de contraintes

En regard des discours, nous pouvons affirmer que la majorité des 44 aînés rencontrés s'oppose à l'introduction de la spiritualité comme outil thérapeutique pour plusieurs raisons. D'abord, un bon nombre argumente que la question spirituelle appartient à la vie privée, que les soins et services de santé relèvent du système public et que la laïcité de l'État est avérée. Ils endossent le discours courant véhiculé dans un environnement séculier, à l'effet que la vie spirituelle relève du domaine privé. I_37 et I_39, deux aînées italiennes de 73 et 80 ans estiment que la spiritualité n'a pas sa place dans le milieu de la santé. « Moi je trouve que c'est des choses qui ne peuvent pas aller. Les services de santé c'est une affaire, la spiritualité c'est une autre. » dira I_37, et I_39 de rétorquer également : « Non, moi je pense c'est deux choses distinctes, différentes. Je ne vois pas de médecin parler de spiritualité. » I_39

Quelques participants canadiens abondent dans le même sens.

Moi j'en parlerai pas à mon médecin. Parce que pour moi la foi c'est privé [...] Je peux en parler à mes mis, mais pas à mon médecin... Parce que de toutes les façons on vit dans un état laïc. CF1_08

Il est soutenu par CF1_11 qui affirme : « Non, moi non plus ». Si la réponse des Canadiens français est claire et directe, celle des Canadiens anglais est plus ambiguë ou hésitante. « A religious service [...] but to a doctor, not necessarily ». CA_45. « Personally, I would say no, because, I don't have anything [...]. There is nothing really that is off the table. » CA_43

Certains aînés soutiennent que c'est à cause de la multitude de religions existantes qu'il est difficile de concrétiser les préceptes qui peuvent y être associés, chacun pratiquant à sa façon. Ils estiment qu'en plus de cela, la difficulté à définir la spiritualité rend compliquée son application « concrète » en santé. À cet effet V_34, un octogénaire très attaché à sa religion et qui ne se reconnaît aucun problème de santé, s'interroge sur la faisabilité d'une telle action.

Le problème c'est qu'on n'a pas une définition fixe de ce que c'est la spiritualité...Alors que dans la spiritualité, on ne sait. Comme on l'a dit tantôt c'est vraiment une forme de pensée individuelle, propre à chacun de nous. Alors comment pouvons-nous transmettre ça ? V_34

Pour appuyer l'argument soulevé par V_34, V_31 et V_32, deux aînées de 74 et 67 ans respectivement notent que les dérapages engendrés par le fanatisme religieux de certains malades dans les services de santé, de même que la diversité de religions, rendent délicat le fait de parler de la spiritualité dans une institution de santé publique.

La religion dans le service de santé, il faut faire attention. Parce que ça fait l'affaire de certaines personnes et ça dérange d'autres personnes. Je pense qu'il faut faire très attention parce que ça ne peut pas faire l'affaire de tout le monde. Ça ne marche pas si ça ne fait pas l'affaire de tous les autres. V_31

Et pour appliquer, je ne sais pas comment ça peut marcher...J'ai une remarque par rapport à cela. D'après moi je pense qu'il y aura beaucoup de chemin à faire dans cette matière-là. Pourquoi ? Parce que ça me fait penser à deux cas qui se sont passés déjà à Montréal...Tout le monde sait c'est que les musulmans n'acceptent pas que leurs femmes se fassent consulter par des médecins hommes. Ça c'est un aspect de la religion dans la santé. Et un deuxième cas qui s'est produit récemment, c'est qu'un témoin de Jéhovah n'a pas accepté une transfusion. Donc on voit qu'on respecte, mais on ne peut pas régler de cette manière. Et puis le résultat pour ce témoin de Jéhovah hé bien c'est la mort. Et puis je ne sais pas, il y a beaucoup de réflexions ou de chemins à faire dans la spiritualité dans ce sens-là... Je crois que c'est une question très délicate. Parce qu'on vit avec plusieurs nationalités et origines, et de peur que ça empiète sur la façon de penser des différentes communautés. V_32

Ces questionnements et réserves renvoient à la revue de littérature que nous avons exposée dans le premier chapitre de cette thèse. Celle-ci fait état de la diversité de croyances et de religions au Québec et met aussi en évidence la difficulté à introduire la spiritualité dans le système de santé, comme l'ont mentionné Monod-Zorzi (2016) et Jobin; (2016), deux chercheurs qui ont investigué cette éventualité.

La différence culturelle entre patients et professionnels de la santé représente une des raisons sur laquelle s'appuient les aînés originaires du Congo pour justifier leur opposition à ce que la spiritualité fasse partie des soins de santé. C'est uniquement dans ce groupe que cet argument a été mentionné. Selon eux, un professionnel de santé issu d'une autre culture et partageant des croyances différentes ne pourrait pas comprendre des événements en lien avec la maladie qui lui seraient rapportés. C'est pourquoi C_01 soutient fortement que ce n'est pas possible d'aborder la spiritualité à l'hôpital.

Si c'est un médecin de même culture que toi, qui vient peut-être du même village, c'est quelqu'un qui peut discuter avec vous non ? [...] La question est beaucoup trop complexe. Tout d'abord, il faut qu'il sache [...], qu'il connaisse aussi nos maladies hein? Nos maladies à nous. Oui il faut qu'il connaisse tout d'abord nos maladies. Parce qu'on vient d'Afrique. Vraiment, nous avons des maladies qu'eux ne savent pas. [...] Tu vois que vraiment il n'y a pas moyen, il n'y a pas de lien vraiment possible qu'on parle avec eux sur ce qui est spiritualité. C_01

La conception de la santé des aînés congolais, telle que nous l'avons décrite dans le chapitre précédent sur le sens donné par les participants à la santé, diffère de la vision occidentale adoptée par les professionnels de la santé d'ici. Quelques auteurs (Jobin, 2015; König *et al.*, 2012) évoquent d'ailleurs des « pratiques peu orthodoxes » auxquelles peuvent être confrontés certains intervenants et c'est dans ce sens que les aînés congolais disent que le médecin peut ne pas comprendre qu'on lui dise « je pense que on est en train de me manger chez moi-là, ekindoki, la sorcellerie. » (C_02) Il continue en affirmant :

Qu'on ne peut parler de spiritualité qu'entre gens qui croient en la même chose... Dès le moment où le médecin connaît la culture de l'individu, il peut mieux communiquer avec lui. Il peut lui suggérer même des pistes de solution à sa maladie... Donc je veux dire par là que dès le moment où je rencontre un médecin qui partage la même spiritualité que moi, je peux. C_02

Les six autres participants congolais répondent en chœur : « Oui ».

Enfin, la question de la disponibilité des intervenants en santé a été abordée par l'ensemble des participants, qu'ils soient favorables ou non à la spiritualité dans les services de santé. Ils font référence au temps restreint que les professionnels de la santé, surtout les médecins, peuvent consacrer à leurs patients. Par voie de conséquence, l'ajout d'une dimension spirituelle aux soins proposés leur apparaît utopique en regard du rythme effréné auquel est soumis le personnel de santé.

On a vieilli, c'est comme ça que on voit tous ces spécialistes-là. Mais comme a dit le professeur on doit euh [...] les médecins souvent n'ont pas le temps. Ils n'ont pas le temps vraiment. Le médecin là, en fait ils vont vous voir, vous coller quelques pilules et tout ça, et vous ouvrir le ventre si c'est nécessaire mais ils n'ont pas le temps de faire nécessairement ce qui est à faire. C_06

Oui. Les médecins, ici à Montréal, au Québec, ils ont même pas le temps de parler. Ils te checkent bonjour, bye. Ils te donnent un reçu là, tu sors dehors, tu prends tes médicaments. G_25

[My doctor] He doesn't have the time. And he wouldn't have the patience to sit down and talk (rires) to me. Because I mean they pushing [...] only when I go to visit him, there is line ups of people that are waiting to go inside, he rushes you in the room and he goes to the other room. So he doesn't have the time to deal with spirituality or questions like that [...] No, I wouldn't talk to him. He's not the right person. I would see probably speaking to a good priest. But spirituality not a doctor. G_24

Je pense que ça ne se fera pas beaucoup parce que [...] ils n'ont pas le temps. Ça serait une bonne chose là, mais je ne pense pas, mais ils ont pas le temps. C'est pas qu'on est négatifs là mais réalistes là, je pense bien. CF1_08

Ainsi, compte tenu de toutes ces contraintes sociales, culturelles, organisationnelles et politiques, plusieurs participants affirment qu'il n'est pas souhaitable ni réaliste d'intégrer la spiritualité dans les services et les soins de santé. Toutefois, quelques aînés s'affichent clairement en faveur de cette possibilité.

Des opinions favorables qui contestent l'opérationnalisation

Une minorité de personnes ont manifesté formellement un intérêt pour que la spiritualité fasse partie des services reçus dans les institutions de santé. Les aînés haïtiens en l'occurrence sont unanimes à se prononcer en faveur de cette option, mais demeurent dubitatifs quant à la concrétude de l'acte dans les services. Ce serait positif de le faire, mais dans la réalité les médecins n'ont pas le temps matériel pour en parler. Selon ces participants, les croyances de chacun doivent être respectées en permettant que les rites s'il y en a, soient pratiqués via le dispositif qui convient à chaque religion.

Moi, je suis d'accord que ces gens sachent, puissent vivre leur spiritualité [...] Bon dans certaines circonstances oui. Mais lui (le médecin) il n'a pas le temps peut-être, pour parler de ça [...] Parce que tous sont débordés [...] Mais avec l'aspect social, après tout, ils sont capables d'ajouter ce volet-là, dans leurs rapports avec les malades [...] c'est facile à demander comme on demande n'importe quoi. H_22

Cependant, comme ils l'ont mentionné, il est presque impossible que le médecin penche pour cette option. Le plus simple pour les aînés haïtiens, serait que la question de la spiritualité soit abordée dans les services sociaux au même titre que toutes les autres questions qui se trouvent dans le protocole de soins. Ce qui amène H_23, qui malgré qu'elle ne fasse partie d'aucun groupe religieux ou spirituel, suggère que des « dispositifs » soient mis en place dans les milieux de santé pour « l'accompagnement du malade ».

Mais avec les différentes manifestations religieuses, les croyances, ils mettent en place, les dispositifs. Pour que les malades, parce qu'il y a au-delà de tout ça l'accompagnement du malade. Que ce soit vers la guérison, ou bien vers la fin. H_23

Dans sa réflexion, H_21, une dame très croyante âgée de 66 ans qui éprouve des problèmes de santé, suggère qu'on respecte sa spiritualité, laquelle peut se manifester simplement par un rituel de prière avec ses proches avant une opération chirurgicale.

Si, je vais faire une opération, je demande à ce que, j'ai quelqu'un, soit ma famille, soit tout le monde, avant mon opération de venir faire, une réunion de prière pour moi à l'hôpital ... ça me donne une force, de savoir que je suis accompagnée pour être opérée. Donc il faut le respecter même dans le domaine de la santé... ils doivent en prendre compte de la spiritualité. H_21

Quelques participants se disant réfractaires dans un premier temps reviennent sur leur réponse et trouvent que si la spiritualité peut les aider, ils pencheraient pour qu'elle ait une place dans les soins. L'image de CA_45 et CA_42, un homme et une femme canadiens-anglais de 71 et 75 ans, qui n'appartiennent à aucun groupe religieux et reconnaissent avoir des problèmes de santé est parlante. Spontanément, ils répondent par la négative à la question de savoir si la spiritualité pourrait avoir une place dans les services de santé. Puis, ils nuancent leurs propos en rajoutant qu'ils seraient favorables si cela peut apporter du soutien à la personne qui y recourt, ou si cela peut davantage éclairer le professionnel pour un meilleur suivi du patient. CA_45 estime que la spiritualité viendrait à propos si cela peut être aidant pour celui qui souffre: « Yes, it would matter if you are looking for a certain kind of support. »CA_45

I was just thinking that for the professional it might make a difference, in hum! The way they treat you, in the way they talk to you. It is all like to use the full information for you. To make you feel good. CA_42

Un autre répondant réalise aussi que tout compte fait, il est important que le médecin qui suit un patient sache comment ce dernier se sent dans son for intérieur, d'où son souhait que la spiritualité soit évoquée dans les soins.

How you feel inside you have too. Not only tell him but the pain, yeah. The pain you have inside. You hide it from your doctor sometimes. It's very

important he knows how you feel. And then you know how you are feeling and then you search a cure by yourself. G_27

De même, quelques aînées québécoises se rétractent légèrement et pensent que si quelqu'un éprouve le besoin qu'on recoure à sa spiritualité et que cela peut lui être utile dans son processus de guérison, à ce moment, cela en vaut la peine.

Parce que de toutes les façons on vit dans un état laïc. Et dans les hôpitaux là, il y a de tout. Puis dans les maisons pour personnes non-autonomes, il y a de tout. Mais si les gens demandent. Là, je pense qu'on peut répondre à une demande. Ça, c'est autre chose. CF1_08

CF1_11 est aussi d'avis qu'il faut accéder à la demande des gens qui désirent qu'on y recourt. « Non. Moi non plus. Par contre, si les gens le demandent, oui. »

Ces arguments vont dans le sens d'un droit à des services spirituels et à des services individuels et personnalisés. C'est-à-dire que si le patient le demande, sa requête doit être entendue selon les droits énoncés dans la Loi sur les services de santé et services sociaux.

Quelques aînés sont allés plus loin et ont même proposé la façon dont cela pourrait être « administré ». H_21 suggère que la question de la spiritualité soit abordée systématiquement, au même titre que toutes les autres dimensions intégrées dans les protocoles de soins. Dans l'exemple qu'elle évoque, son raisonnement rejoint les conclusions de Simard (2006), qui suggère que le professionnel de la santé pose « quelques questions sur ce qui donne sens à la vie de son patient et sur les moyens, surtout d'ordre spirituel » qu'il utilise pour affronter la maladie ou la souffrance Ibid. p. 120. Voici un extrait de ce que propose H_21.

Je me souviens, ma fille n'avait que 12 ans, je l'ai amenée, elle avait une varicelle, le pédiatre, lui a demandée, as-tu des rapports sexuels? Ma fille m'a regardée, à 12 ans! Il n'est pas gêné de lui poser [cette question].

Pourquoi ne pas aborder la question de la spiritualité? Le médecin n'a pas besoin d'être un croyant. [...] Mais avec l'aspect social, après tout, ils sont capables d'ajouter ce volet-là, dans leurs rapports avec les malades. Il y en a que ça n'intéresserait pas, mais il y en a d'autres qui seraient bien heureux. S'ils ne veulent pas, disons merci. Mais s'ils veulent échanger sur le sujet, il y en a, et quand ils ne peuvent pas le faire avec le malade, au moins faire une approche avec l'entourage s'ils veulent le faire.

En résumé, les aînés ont majoritairement déclaré qu'ils n'appuient pas l'idée d'introduire la spiritualité dans la dispensation des soins et des services de santé. D'autres, moins nombreux ont répondu y être favorables. Dans les deux cas de figure, des bémols sont apportés pour recadrer et nuancer les opinions. La question est complexe. Elle interpelle de nombreux enjeux mentionnés par nos répondants, dont : l'accès aux services et soins de santé, la disponibilité des médecins, l'environnement laïc, la diversité des religions, la difficulté à définir la spiritualité et à l'opérationnaliser dans une pratique professionnelle.

Dans cette partie, nous avons analysé les points de vue de personnes âgées nées au Canada et ailleurs, sur le lien entre la spiritualité et la santé et sur la pertinence de mobiliser la spiritualité dans l'offre de services de santé.

Même si quelques aînés ont fait valoir l'inexistence d'une relation entre les deux réalités, ils sont nombreux, et même majoritaires, à identifier plusieurs effets positifs, notamment l'espoir de guérison et de santé, et la résilience face à la maladie et la mort. Plusieurs reconnaissent aussi l'existence d'un lien négatif avec le recours au mysticisme et aux pratiques occultes, ainsi qu'à des pratiques religieuses néfastes pour la santé.

Si les aînés rencontrés font une place importante à la spiritualité dans leur vie en avançant en âge, plusieurs y voyant un effet positif sur la santé, ils se montrent prudents et parfois réticents à inclure la dimension spirituelle dans les soins et services de santé

qu'ils reçoivent ou seront appelés à recevoir. Qu'ils y soient plutôt favorables ou défavorables, les doutes qu'ils évoquent s'appuient sur une multitude de contraintes institutionnelles, professionnelles, culturelles, etc. qui viennent contester l'opérationnalisation d'un recours à la spiritualité comme outil thérapeutique en santé.

À la lumière des données recueillies puis analysées verticalement et transversalement avec minutie en fonction de différents thèmes, notamment le sens donné au vieillissement, à la santé et à la spiritualité, le lien entre la spiritualité et la santé et l'usage de la spiritualité dans les institutions de santé, nous nous proposons maintenant d'examiner les enjeux soulevés. Nous discuterons des résultats présentés en regard de nos choix théoriques et de l'état de la littérature, pour ouvrir ensuite sur de nouvelles avenues de recherche. C'est l'objet de notre chapitre de discussion.

CHAPITRE VI DISCUSSION

Nous ne saurions amorcer la discussion de nos résultats sans rappeler au préalable quelques éléments clés de notre recherche exploratoire. Au plan contextuel, il convient de réitérer que la majorité des études sur la spiritualité a porté sur des personnes atteintes de maladie grave. Celles existantes, moins nombreuses qui se sont intéressées aux aînés ont ciblé des personnes qui n'étaient pas en santé.

Notre recherche apporte un éclairage nouveau et s'avère novatrice par son approche méthodologique. Elle convie des aînés à titre de citoyens-acteurs concernés et susceptibles de recourir (ou d'avoir recouru) à des services de santé et services sociaux, à participer à la réflexion autour des questions de spiritualité et de santé. Plus encore, elle invite une diversité d'aînés³⁰ regroupés selon leur pays d'origine ou appartenance ethnoculturelle afin de faciliter la discussion, à débattre entre eux de ces enjeux complexes d'actualité. Ainsi, en mettant l'accent sur le point de vue de personnes âgées qui ne sont pas recrutées sur la base d'un état de santé délétère, qui ne sont pas à l'article de la mort et qui ne demeurent pas dans une institution hospitalière, notre contribution est de générer des connaissances et une réflexion en vue de recourir éventuellement à la spiritualité dans l'intervention gériatrique et gériatrique, non pas comme un

³⁰ Notons que les 44 personnes âgées qui ont participé à cette étude présentent des caractéristiques sociodémographiques variées. Il s'agit d'hommes et de femmes âgés de 65 à 89 ans et ayant des parcours de vie différents en regard de leur statut matrimonial et socioprofessionnel, leurs origines ethnoculturelles (congolaise, italienne, vietnamienne, haïtienne, grecque, canadienne anglaise et française/québécoise) et leur appartenance ou non à un groupe spirituel ou religieux (voir tableau 3.2).

élément curatif, mais comme une pratique alternative préventive, si au final elle est aidante.

Rappelons aussi qu'au niveau mondial il est de plus en plus question de santé holistique dans le domaine médical et que le Québec, cadre de notre étude, est un environnement multiforme caractérisé par sa diversité sociale. En effet, c'est un milieu multiculturel et multireligieux qui se singularise par la laïcité et la sécularité de l'État. De plus, on y compte désormais plus de personnes âgées que de jeunes de 15 ans et moins (Statistiques Canada, 2015). Les projections confirment d'ailleurs cette tendance, qui va vers une croissance accélérée du nombre d'aînés dans les décennies prochaines; d'où l'intérêt d'examiner nos résultats. C'est pourquoi, dans ce chapitre consacré à la discussion, nous proposons de mettre en dialogue quelques-uns des nombreux résultats de notre recherche avec la littérature savante dans le domaine, quant à leur portée théorique, méthodologique et enfin « clinique » au niveau de l'intervention.

Nous abordons en premier lieu la pertinence de la posture interactionniste symbolique que nous avons adoptée pour analyser les concepts de spiritualité et de santé, tels qu'appréhendés par les aînés. En regard des faits saillants portant sur le sens donné par les aînés au vieillissement, à la santé et à la spiritualité, nous ferons état des facteurs qui influencent leurs points de vue. Nous poursuivons avec une analyse critique de deux enjeux, un théorique et l'autre pratique, en discutant de l'apport de notre étude relativement à la théorie de la gérotranscendance d'une part et à la pertinence d'inclure la spiritualité dans l'offre de service de santé d'autre part. Enfin, nous terminons en relevant les limites de nos travaux et suggérons quelques pistes de recherche pour des investigations scientifiques futures.

6.1 Pertinence de la posture interactionniste

La spiritualité, encore davantage lorsque mise en lien avec la santé, suscite beaucoup de remous et de controverses dans le monde de la recherche. Cela s'observe clairement dans la revue de littérature présentée au chapitre deux qui nous a fait prendre conscience des difficultés à la saisir, et des tensions actuelles autour de son intégration dans la sphère des interventions thérapeutiques. La perspective théorique interactionniste et l'approche interculturelle se sont avérées idoine pour explorer cette complexité et ce qu'avaient à dire les participants sur la spiritualité et la santé, deux concepts chargés socialement, culturellement et empreints de beaucoup de subjectivité.

S'agissant de l'interactionnisme symbolique, nous discutons dans cette section de deux de ses principales caractéristiques pour montrer comment cette théorie s'est avérée judicieuse pour guider nos analyses et répondre à nos questions de recherche (Poupart, 2011). Il s'agit : 1) du « rendre compte » des points de vue des acteurs, ici des aînés, et 2) du « tenir compte » des facteurs qui influencent ces points de vue. À cet égard, il faut prendre en compte d'une part les interactions entre les participants pendant les groupes de discussion et, d'autre part, s'attarder aux influences qu'exerce sur chacun l'environnement qui les entoure, de même que les mutations et les transformations qu'ils peuvent avoir subies. L'approche interculturelle qui a été utilisée en complémentarité de façon transversale a facilité la prise en considération des facteurs ethniques et culturels.

Avant de rendre compte des faits saillants relatifs aux sens et aux liens entre la spiritualité et la santé pour les aînés, et de tenir compte des facteurs qui influencent ces points de vue, nous revenons sur quelques prémisses de la posture interactionniste : l'importance des interactions et la place donnée aux acteurs de la recherche.

6.1.1 L'importance des interactions et la place accordée aux acteurs

Le paradigme interactionniste permet de voir le monde sous l'angle des interactions. Ceci a des avantages épistémologiques, puisque le sens donné à la spiritualité rapporté dans notre étude se construit dans les interactions entre les participants au sein des groupes de discussion et dans les interactions de chacun d'eux avec leurs environnements. Cette façon d'appréhender les problématiques sociales, en tenant compte des interactions entre les individus, suggère qu'un phénomène complexe comme la spiritualité soit également analysé en privilégiant cette donne. Ainsi, la spiritualité en santé n'est pas une vue « individuelle », mais le résultat de différentes interactions impliquant des aînés évoluant dans le même cadre de vie, mais avec des arrière-plans familiaux, sociaux, politiques, économiques, ethniques et culturels totalement différents.

Donner du pouvoir aux aînés

Comme le disait déjà Tourraine en 1984, le paradigme interactionniste inclut « le retour de l'acteur » en recherche. En cela, il rencontre notre intérêt pour une vision inclusive du vieillissement et qui favorise l'« empowerment » (le pouvoir d'agir et d'interagir) des aînés. Cette conception du vieillissement et de la place des aînés dans la recherche est celle développée par la Chaire de recherche UQAM sur le vieillissement et la diversité citoyenne à laquelle nous sommes associée comme doctorante³¹. Ainsi, en cohérence avec la posture interactionniste, nous avons mis de l'avant les aînés comme acteurs principaux les mieux à même de parler de ce qui les concerne. Dès lors, la personne âgée participant à la recherche est reconnue comme un agent réflexif qui évolue dans un contexte qui influence ses pensées et son agir. Elle n'est pas perçue comme victime de son destin social et environnemental, mais est bien partie entière du

³¹ Sur les orientations de la Chaire, sa programmation scientifique, les travaux de ses membres et de sa titulaire Michèle Charpentier, voir www.chairevieillissement.uqam.ca

sens qu'elle confère aux événements de sa vie, en l'occurrence à la spiritualité. Des groupes de mots tels que « je pense que ..., de mon point de vue ..., dans mon pays ..., nous voyons que ..., je n'ai pas l'impression que ... » ne sont que quelques-unes des expressions utilisées par les répondants pour appuyer leurs idées.

L'importance accordée à l'acteur est si bien ancrée que l'interactionnisme symbolique considère également les « cas atypiques », soit les points de vue de ceux qui se « tiennent en marge de la théorisation élaborée à partir du matériau et pour lesquels l'étiquette « hors sujet » pourrait être au premier coup d'œil plus accommodante » comme le souligne Morrissette (2011, p. 5). Suivant ce postulat, l'acteur participant à la recherche est considéré comme ayant des capacités réflexives qui sont examinées attentivement, quelles qu'elles soient. Ainsi, dans les analyses de nos résultats, nous avons pris en considération les points de vue dominants certes, mais aussi ceux qui étaient uniques et parfois même marginaux.

Afin d'illustrer ce principe de la place accordée aux acteurs, relatons un cas survenu dans le groupe de discussion des participants vietnamiens. Alors que tous les aînés ont soutenu que la spiritualité peut aider à faire face à la mort, V_34, un ancien ingénieur octogénaire, a soulevé un argumentaire qui aurait pu passer inaperçu, n'eût été le fait que la posture endossée facilitait la prise en considération de l'intervention de chaque acteur (p.174). Nous aurions pu le regarder ou le considérer comme un déviant ou un « cultural dope³² » (Morrissette, 2011). Cependant nous avons opté plutôt de reconnaître et de rendre compte de sa propre signification des objets qui l'entourent et par ricochet de sa conception singulière des thèmes sur lesquels il était appelé à discuter, notamment du lien entre la spiritualité et la santé, dans l'exemple dont il est question.

³² « Idiot culturel » [Notre traduction]

Adopter la posture interactionniste : le rôle de la chercheure

Dans cette optique et pour ne pas faire fi des multiples réalités rencontrées sur le terrain -certaines pouvant sembler étonnantes- la posture interactionniste adoptée par la chercheure s'est manifestée par une grande écoute et le recours à des reformulations et des reflets adressés aux participants afin de les amener à expliciter leurs pensées, tout en maintenant une distance suffisante pour ne pas les influencer (Poupart, 2011).

Grâce à cette approche, nous avons abordé la plupart des éléments de réflexion qui autrement auraient pu être laissés de côté, en restant ouverte aux « surprises » du terrain pour considérer d'éventuelles « couleurs locales » (Woods, 1992). Notre posture d'ouverture a constitué un « paravent » contre la tendance normative qui teinte souvent les écrits sur la santé et qui va à l'encontre de la vision interactionniste à laquelle nous souscrivons.

Cette étude menée à l'aune de la perspective interactionniste a permis de saisir les points de vue des aînés en ce qui a trait à la spiritualité et à son lien avec la santé. La prochaine section vient mettre de l'avant quelques faits saillants de nos résultats en dégagant ce qui constitue des zones partagées, admises et contestées, pour reprendre la typologie de l'interactionniste contemporaine J. Morissette (2011). Elle sera suivie d'une analyse des facteurs ayant influencé ces points de vue, en tenant compte des interactions au sein des groupes de discussion et de leur environnement social. Il ne fait aucun doute pour nous que le choix de l'interactionnisme symbolique comme cadre théorique s'est avéré judicieux. Il a enrichi la cueillette et l'analyse de nos données.

6.1.2 Le « rendre compte » : les points de vue des aînés

Les résultats de notre recherche révèlent les significations que les aînés donnent au vieillissement, à la santé, et à la spiritualité, et montrent les liens qu'ils font entre la spiritualité et la santé. Dans notre chapitre des résultats, nous avons fait une

présentation détaillée de leurs points de vue en les croisant avec la littérature. Suivant la perspective interactionniste, nous nous proposons ici d'aller plus loin dans l'interprétation de nos résultats pour en dégager les faits saillants : les zones communes-partagées, admises et contestées (Becker, 2006; Morissette, 2011). Il s'agit ainsi de proposer une meilleure compréhension du phénomène de la spiritualité en lien avec la santé, à partir de ou des univers « symboliques » révélés par les personnes âgées rencontrées.

Pour commencer, on peut affirmer que les aînés ont une vision commune du vieillissement et de la santé. Nous sommes ici dans des zones d'expériences et de significations partagées. Ils voient le vieillissement comme un continuum normal de la vie où les pertes sont inéluctables. Ainsi, ils acceptent malgré tout, les changements physiologiques et cognitifs qui surviennent avec l'avancée en âge, la diminution de la mobilité, ainsi que la présence de maux et de maladies affectant leur santé physique et mentale. S'agissant de la santé, ils estiment en général que c'est un état de bien-être global qui concerne à la fois les dimensions physique, mentale et spirituelle de l'humain. Ils reconnaissent tous qu'on peut être malade et se considérer en santé, et que l'autonomie est ce qu'il y a de plus précieux, et dont la perte est difficilement acceptable. L'autonomie pour les aînés renvoie à la capacité à agir et à vaquer à ses occupations quotidiennes. Elle inclut une dimension relationnelle, en ce qui a trait à la capacité d'interagir avec les autres. Bref, l'autonomie, fonctionnelle, décisionnelle et interactionnelle est un atout vital qui fait qu'ils ne se considèrent pas comme vieux, même s'ils souffrent des « maladies du vieillissement ». Ces résultats de recherche rejoignent ceux des études qui se sont intéressées aux conceptions du vieillissement de personnes âgées québécoises nées ici et ailleurs (Charpentier et Quéniart, 2015, 2017; Noubicier et Charpentier, 2013; Grenier, 2011).

En ce qui concerne la spiritualité, elle se présente sous une multitude de formes et imprime une dynamique à leur existence. En plus d'être singulière et

multidimensionnelle, elle revêt un sens relationnel qui s'exprime dans un triple rapport : intrapersonnel, interpersonnel et transpersonnel (Cossette, 1999). Ainsi, au plan intrapersonnel, la spiritualité se manifeste par une relation personnelle de l'individu avec lui-même. Au plan interpersonnel, les aînés réfèrent à une connexion avec les autres au sein de leur famille ou dans la société. Enfin, au plan transpersonnel, elle renvoie à une quête personnelle du sacré, un lien avec une entité extérieure à soi et plus grande que soi, parfois associée à des croyances religieuses (un être suprême) ou non (la nature ou l'univers). Ces résultats renvoient à plusieurs éléments mentionnés dans notre tentative de définir et opérationnaliser le concept de spiritualité (chapitre 2 section 2.2.3) : quête de sens, relation aux autres, relation avec un être transcendant ou sacré. Nous reconnaissons qu'à plus d'un titre, quelques-uns des éléments décryptés dans les propos des aînés convergent vers les dimensions énumérées par Sidall et ses collaborateurs (2015). Toutefois, la particularité des réponses des aînés réside dans le fait que le choix de nommer un concept comme une partie constitutive de la spiritualité est teinté par les valeurs culturelles et religieuses du répondant, que celui-ci soit né ici ou qu'il ait immigré. Nous y reviendrons dans la prochaine section sur les apports de l'approche interculturelle. La spiritualité constitue ainsi une « zone admise » par les aînés, au sens où Morissette (2011) l'a définie dans ses analyses « des pratiques singulières et créatrices » des enseignants, révélées lors de groupes de discussion. Selon cette chercheuse interactionniste, la « zone admise regroupe des manières de faire qui, sans être nécessairement partagées par l'ensemble [...], sont reconnues » (Ibid. p. 21).

Enfin, sur la logique que les aînés font du lien entre la spiritualité et la santé, il se dégage deux axes d'opinion opposée : le premier, défendu par la majorité des aînés, établit un lien entre la spiritualité et la santé, alors que le deuxième n'y voit aucune relation. Nos données montrent qu'il y a autour de cette question une zone contestée. Les aînés du premier axe stipulent que la spiritualité a une incidence positive sur la santé mentale et même sur la santé physique, parfois par ricochet. Selon eux, la

spiritualité est une force qui permet de faire face à la maladie et à la souffrance, ce qui contribue à un mieux-être. Elle est également une énergie qui influence le comportement social. Par contre, plusieurs aînés reconnaissent aussi les incidences néfastes que peut avoir la spiritualité, faisant allusion au mysticisme ainsi qu'à des pratiques occultes et réductrices, comme nous l'avons décrit dans la section des résultats (5.3.2). Ces différents positionnements soulèvent des interrogations quant aux frontières de la spiritualité dans l'intervention en santé. À cet égard, nos résultats mettent de l'avant des enjeux sur lesquels nous reviendrons dans la prochaine section.

Si les points de vue des participants se sont construits à travers les échanges dans les groupes de discussion, ces points de vue se sont aussi exprimés à travers les interactions qu'ils ont avec leur environnement. Or, pour une compréhension plus approfondie, la perspective interactionniste invite à tenir compte des facteurs qui ont influencé ces résultats. Notre analyse porte principalement sur les influences liées au genre, à l'âge et aux identités ethnoculturelles des aînés.

6.1.3 Le « tenir compte » : les facteurs ayant influencé les aînés

Les influences liées aux interactions dans les groupes de discussion

Les dynamiques dans lesquelles se sont tenues les rencontres ont fait émerger quelques particularités au niveau des rapports sociaux. En plus de prendre en considération ces interactions dans nos analyses, nous y avons porté une attention particulière pour limiter leurs effets indésirables ou éteignoirs, notamment en stimulant l'expression des participants plus effacés par des techniques tels la relance, le renforcement positif plus marqué lors de leur prise de parole, etc., et en cadrant avec doigté les trop longues interventions. Les rapports de pouvoir agissant dans la dynamique des groupes de discussion sont liés principalement aux rapports intergénérationnels (dits droit d'aînesse) et aux hiérarchies basées sur la position sociale, le genre et la scolarité. À ces facteurs d'influence, il faut ajouter dans le contexte de cette étude avec plusieurs

ânés immigrants, la question de la langue et la prise en compte des expressions non verbales.

Les rapports intergénérationnels et le droit d'aïnesse

Parmi les huit groupes de discussion, deux se sont illustrés par l'importance et le respect accordés aux participants les plus âgés du groupe. Il s'agit en l'occurrence des participants congolais et vietnamiens.

La place dévolue au « vieux » est privilégiée dans les deux cultures. Au Congo, l'aîné est très respecté (Thomas, 1983; Attias-Donfut et Rosenmayr, 1994). De même, au Vietnam, la culture confucianiste impose la déférence et une considération spéciale à une personne âgée (Boduroglu *et al.*, 2006). On estime qu'il a la connaissance et la sagesse accompagnée d'une expérience qui lui confèrent une distinction particulière. Dans ces deux groupes de discussion, la personne la plus âgée était difficilement contredite et une erreur de sa part pouvait tout au plus susciter le silence, jamais une confrontation de la part des plus jeunes. Touré (2010) justifie cela par l'influence entre pairs, laquelle se manifeste par l'impact que peut avoir le rang social ou le niveau de scolarité détenu par un individu sur le comportement des autres participants lors de l'entrevue.

Bien que nous ayons encouragé les uns et les autres à s'exprimer en toute liberté, la prise de la parole par les plus âgés freinait les échanges, et surtout les points de vue divergents des autres participants. Au niveau des Congolais, par exemple, pour marquer le respect, l'aîné était appelé par son prénom précédé du mot « papa ». « Mais comme l'a dit papa » est une phrase qui est revenue plusieurs fois quand un participant moins âgé voulait s'exprimer. La plus jeune participante du groupe ne s'aventurait pas à donner une opinion différente de celle des autres : « ce que les trois papas ont dit [...] Mais je trouve ça vraiment [...] la définition elle est là. » C_06.

Dans le groupe de discussion des Vietnamiens, la même attitude était perceptible, à la différence que les participants s'appelaient par leur nom. Le non verbal, très manifeste par des hochements de tête, des silences approbateurs et l'absence de commentaires autres (surtout pas opposés) suivaient les interventions de la personne la plus âgée.

Ainsi, les interactions entre les participants issus de différentes générations (par exemple sexagénaires et octogénaires), particulièrement dans les cultures où règne un fort respect du droit d'aînesse, ont influencé les discussions et les points de vue émis, et généré des situations parfois embarrassantes (ou de non-dits) que la chercheuse a su gérer.

Les hiérarchies basées sur la position sociale, le genre et la scolarité

Nous avons également noté une forme de hiérarchisation sociale au sein des groupes, qui peut fortement influencer la cueillette des données et dont il est important de tenir compte. Par exemple, la personne considérée comme ayant ou ayant eu un rang social élevé était écoutée avec davantage de respect par les autres participants, et il s'avérait difficile de la contredire. Cet effet imposant et même parfois dominateur venait limiter la liberté d'expression des autres participants qui n'avaient pas le même rang social ni la même habileté d'expression. Dans le groupe des aînés congolais, le titre honorifique de « Magistrat » dévolu au participant C_03 ou de « professeur » pour C_02, leur ont donné une stature supérieure. C0_3 se positionne ainsi lui-même,

J'ai exercé les fonctions de magistrat pendant plus de 30 ans et j'ai eu ma retraite. Je suis magistrat émérite. Parce que un magistrat ce n'est pas quelqu'un qui peut être, qui peut avoir des camarades un peu partout. Il y va même de sa vie et même la vie des membres de sa famille. On doit être prudent. C_03

Dans le groupe de discussion des Vietnamiens, l'influence de V_30, un participant détenant une position sociale supérieure, s'est aussi faite sentir. Il s'agit d'un ancien

professeur d'université, qui se présentait comme tel. Il s'arrogeait lui-même une supériorité de par son titre, sachant que cela lui confère une certaine valeur. D'ailleurs c'est par sa fonction que les autres participants le désignaient, montrant ainsi qu'ils prennent en considération son statut social. « C'est le professeur V_30 qui parle » Ou « Comme disait le Dr V_33 », sont des extraits de phrases qui ont été dits plusieurs fois.

La dynamique de plusieurs groupes de discussion a été également affectée par la différence de niveaux de scolarité entre les répondants. Les personnes ayant un cursus universitaire avaient une approche et une aisance différentes de celles dont la scolarité était du niveau primaire ou secondaire. La maîtrise de la langue ou la façon de s'exprimer de manière éloquente et « intellectuelle » pouvaient être intimidantes ou donner un complexe d'infériorité; à telle enseigne que ceux et celles qui avaient une scolarité plus élevée étaient considérés par les autres comme ayant « la » connaissance. Ce rapport s'est fait grandement sentir au sein des groupes de discussion congolais, vietnamien, italien, canadien-français 2 (CF2) dans lesquels on retrouvait des participants très instruits que l'on pourrait qualifier d'« érudits ». Consciente et avertie par nos expériences de recherche antérieure, nous avons utilisé des relances et des reformulations pour favoriser une atmosphère aidante et encourager les uns et les autres à mettre de l'avant leurs idées.

La dynamique des rapports sociaux de genre a aussi exercé une influence. La présence d'hommes et de femmes dans les entrevues a conduit à une interaction différente suivant les mœurs des divers pays. Ainsi, dans le groupe de discussion des participants congolais, nous avons remarqué une attitude de gêne dans les interventions des femmes. Nous avions un couple marié et la femme se tournait toujours vers son mari avant de parler ou pendant qu'elle le faisait. Elle dit à un moment « Moi je crois que même pour d'autres choses, mon mari est plus fort que moi. » C_07 Les deux autres femmes du groupe prenaient la parole quand nous les interpelions à le faire, en les

désignant par leurs noms et en les encourageant par des relances. Elles étaient aussi portées à acquiescer de la tête en regardant les hommes parler. Une situation similaire s'est présentée dans le groupe de discussion des participants vietnamiens. Le responsable de la communauté avait mentionné au début de l'entrevue que la seule femme participante du groupe ne converserait certainement pas, parce que son mari faisait partie des répondants. Ceci nous a permis d'être vigilante et de donner l'occasion à la dame de s'exprimer durant l'entrevue. Concernant les autres groupes de discussion formés des Canadiens français, des Canadiens anglais, des Grecs et des Haïtiens, bien que présents, les rapports de genre n'ont pas semblé exercer une influence particulière sur les points de vue exprimés. Enfin, le groupe de discussion avec des participants italiens était constitué uniquement de femmes. Ceci a facilité l'établissement d'un climat de discussion plus convivial, mais seulement plus tard durant l'entrevue à cause du comportement réticent inexplicable de deux des participantes au début de l'entrevue. Toutefois, la différence dans le niveau de scolarité s'est aussi fait sentir par la tendance des plus érudites à épiloguer plus longuement. Comme nous l'avons relevé dans la section 4.2.7 qui présente le groupe de discussion des Italiennes, une des participantes comprenait le français, mais ne s'exprimait pas couramment. Le fait de recourir à une autre pour la traduire a apaisé sa gêne et facilité son élocution. En général, les dames ont fait montre de plus de spontanéité et utilisé librement de petites boutades typiquement féminines rendant de ce fait l'atmosphère plus détendue.

Les considérations linguistiques

La langue de communication est cruciale pour exprimer ou expliquer des termes aussi complexes que celui de « spiritualité ». Ceux des participants dont la langue maternelle n'était ni le français ni l'anglais ont signifié que la difficulté de parler de la spiritualité est d'autant plus amplifiée qu'ils ne peuvent pas s'exprimer dans leur dialecte. Ils ont par moment parlé dans leur langue maternelle pour essayer par la suite d'explicitier leur pensée (participants congolais, grecs, vietnamiens, haïtiens). C'est avec désolation que

certains comme C_02 ont relevé cette limite de la langue. « Je vais un peu abonder dans le sens-là. Parce que l'ennui, c'est que nous sommes en train de parler en français au lieu de parler dans nos langues. » C_02

Dans le groupe de discussion des Grecs, les participants se sont entretenus à plusieurs reprises dans leur langue maternelle et nous ont précisé que c'était difficile de traduire en français ou en anglais ce qu'ils disaient. Nous les avons cependant encouragés à faire un résumé de leurs propos. La même chose s'est reproduite dans le groupe de discussion des Italiennes, mais une des participantes s'est proposée pour interpréter les propos échangés.

Pour terminer ces remarques relatives à la communication, nous relevons l'expression non verbale présente en plusieurs des répondants, et qui pouvait avoir diverses significations. Sûrement pour pallier un peu les barrières linguistiques, les onomatopées et les gestes (mimes/mimiques, etc.) ont ponctué certaines entrevues de manière significative. Ils traduisaient de manière explicite des messages d'approbation, d'hésitation, d'indifférence ou de désaccord. Cela pouvait se manifester également par un hochement de tête, le soulèvement des bras en direction de la personne qui parle, ou un son guttural émis en guise d'approbation ou d'opposition, etc. Ces expressions non verbales sont importantes pour appréhender le sens que les personnes âgées qui s'exprimaient moins (pour toutes les raisons que nous venons d'identifier) ont donné à la spiritualité, et le lien qu'elles font avec la santé. Nous en avons tenu compte parce que la posture interactionniste le permettait et nous les mentionnons quand cela est nécessaire dans l'analyse des données. C'est pourquoi nous abondons dans le même sens que Le Breton (2012) qui milite également en faveur de l'interactionnisme symbolique, car c'est un angle sous lequel :

Les regards, les mimiques, les gestes, les postures, la distance à l'autre, la manière de le toucher ou de l'éviter en lui parlant, sont les matières d'un langage écrit dans l'espace et le temps, ils renvoient à un ordre de sens...

Comprendre la communication, c'est aussi comprendre la manière dont le sujet y participe de tout son corps. (Ibid. p. 54)

Mis à part ces éléments inhérents à la dynamique interne des groupes de discussion, nous avons également pris en considération le fait que les aînés sont influencés par le milieu dans lequel ils évoluent.

Les influences liées aux interactions avec l'environnement social, culturel et religieux

L'interactionnisme symbolique convie à prendre en compte l'environnement social qui entoure les aînés, ainsi que les mutations et transformations qu'ils peuvent avoir subies. Sa prémisse est à l'effet que les significations données par les acteurs sont la résultante d'interactions sociales. Quoique la spiritualité soit une expérience personnelle et subjective, il n'en demeure pas moins qu'elle se conçoit et se vit dans un contexte historique, social, et politique, ainsi que dans une tradition culturelle et religieuse qui influence les points de vue des acteurs. Revenons sur les influences révélées dans nos analyses.

Les contextes historiques et sociaux

Les personnes subissent l'influence du milieu ou plutôt des milieux auxquels elles appartiennent. Dans un contexte de mobilité internationale et de transnationalité (Rachédi, 2019), les individus, ici les aînés, en particulier ceux qui ont un parcours migratoire, vivent et subissent de multiples influences. Il y a croisement et même imbrication des influences interculturelles. Quelques aînés rencontrés sont originaires de pays régis par des normes cléricales (Grèce, Italie). Ces influences se croisent à celles d'un milieu fortement laïc et séculier, celui du Québec dans lequel les aînés que nous avons interviewés vivent actuellement. Cet environnement, nous l'avons montré, agit et influence le sens qu'ils accordent aux choses et aux événements. Ainsi, les personnes immigrantes de la recherche ont des expériences spirituelles diversifiées et

un parcours migratoire qui marquent leurs conceptions de la spiritualité, de la santé, et partant du lien qu'elles font ou ne font pas entre ces deux concepts.

En effet, après avoir vécu un certain temps dans leur pays natal, quelques aînés ont immigré pour la plupart à un âge adulte, ou du moins suffisant pour avoir été imprégnés de leur culture d'origine. Ces origines et parcours façonnent les individus qu'ils sont, et font partie de leurs identités. Avant d'immigrer, certains des répondants tels les Vietnamiens évoluaient dans une société où la religion bouddhiste était prégnante, tandis que les aînés congolais ont grandi sous l'influence des religions judéo-chrétiennes et des traditions et coutumes propres à leur ethnie (le Congo Kinshasa en particulier). Le Congo est un pays qui regroupe plusieurs tribus différentes ayant des valeurs, us et coutumes très divers. On y retrouve un syncrétisme religieux toléré socialement et embrassé par les individus. Quant à la Grèce, berceau des grandes civilisations et de la déité, l'État et l'Église ne font qu'un et les aînés l'ont clairement exprimé. C'est un des rares pays au monde, sinon le seul, où l'orthodoxie est la religion officielle et où les prêtres sont des fonctionnaires payés par l'État³³. La religion et par ricochet la spiritualité n'y sont pas séparées de l'État. En Italie, même si officiellement « l'État et l'Église catholique sont indépendants »³⁴, le catholicisme est considéré comme patrimoine italien et dans les écoles publiques des cours bibliques sont prodigués et le crucifix est exigé³⁵. En Haïti, l'État est loin d'être laïc et les frontières sont floues entre l'État, l'Église catholique et le Vaudou, une des principales sectes en Haïti. Aussi le politique et le religieux sont souvent imbriqués dans la sphère sociale haïtienne.

³³ Récupéré de <http://www.bibliomonde.com/donnee/grèce-État-la-religion-315.html>

³⁴ [Constitution de 1947, article 7](#)

³⁵ Récupéré de www.lapresse.ca/international/europe/201103/18/01-4380753

Même si les répondants n'adhèrent pas nécessairement à toutes ces croyances et systèmes qu'ils ont côtoyés durant leur « longue vie », ils sont des acteurs critiques dotés d'une réflexivité, et restent néanmoins marqués par leurs interactions avec ces environnements politiques, sociaux, culturels et religieux. Leurs discours est porteur de ces valeurs. À titre d'illustration, l'entrevue avec les participants grecs commençait à peine qu'ils voulaient s'assurer que nous étions au courant qu'ils sont de la communauté hellénique. En posant avec insistance la question: « So we are the Hellenic group. Do you know which group it is? This is the Hellenic group, ok? » G_24 entendait relever la particularité de l'appartenance à une Grèce antique berceau des grandes civilisations, et dirigée par l'orthodoxie.

Des significations sensibles aux valeurs culturelles et religieuses

Comme nous l'avons fait ressortir dans notre synthèse des points de vue des aînés, c'est particulièrement autour de la spiritualité (zone admise) et de son lien avec la santé (zone contestée) que les spécificités et différences culturelles et religieuses se sont révélées.

À titre d'exemple, lorsque les répondants Canadiens anglais et français ont exprimé leurs points de vue sur le sens de la spiritualité, chacun a abordé la question non seulement en fonction de son arrière-plan culturel, ethnique et religieux, mais aussi en regard de son vécu actuel. C'est avec détermination que CF1_09 s'est exclamé « On a une morale et on a des valeurs au Québec ! ». Même implicitement, c'est une façon de relever qu'il est attaché à celles-ci dans une revendication qui ne dit pas son nom. Il s'agit de se prévaloir de spécificités sociétales qu'il estime important de considérer. Parallèlement, les expressions utilisées par les Congolais participants montrent à quel point ils demeurent ancrés dans leurs croyances. Nous relevons quelques mots qu'ils utilisaient pour se singulariser : « dans la tradition africaine et dans tout Africain, il y a toujours ce réflexe-là de savoir [...]. C'est un réflexe, peu importe ce que nous vivons ici [...] nous croyons fondamentalement que. » C_02

C'est ainsi que tout au long des entrevues, les fondements ou concepts utilisés pour répondre aux questions sur le sens pouvaient être les mêmes, c'est à dire admis collectivement, mais avec des consonances différentes, comme nous l'avons fait ressortir en présentant les résultats dans le chapitre précédent. Il en est ainsi de la spiritualité ressentie comme une « force », un « pouvoir », etc. CA_44 parle d'une puissance, d'un pouvoir : « spirituality is power, [...] a good force », et C_01 utilise le même terme, estimant également que la spiritualité « c'est un pouvoir ». Alors que CA_44 fait allusion à une force naturelle, C_01 pour sa part réfère à quelque chose qui relève du mysticisme, conformément aux traditions congolaises. Puisque nous voulons parler de la spiritualité en lien avec la santé et dans les soins de manière préventive, nous pensons qu'il est important de comprendre que le sens ou la signification accordée à ce qui contribue à se sentir bien sont fonction de l'environnement dans lequel on vit et on a vécu.

Le contexte culturel que nous avons examiné lors de nos analyses façonne la profondeur sémantique de la spiritualité telle que conçue par les aînés, ainsi que la relation qu'ils établissent avec la santé. D'ailleurs les aînés immigrants sont doublement influencés; par leur milieu d'origine d'une part et par l'environnement d'accueil dans lequel ils évoluent d'autre part. D'où leurs propos parfois ambivalents, mais au final croisés, métissés et empreints des couleurs locales et traditionnelles.

De la même manière, le contexte religieux accompagne les significations que les aînés reflètent par leurs affirmations. Ainsi pour plusieurs des participants Canadiens français, vietnamiens, Grecs et quelques Italiennes, la religion est très présente et leur spiritualité s'exprime à travers celle-ci. Que ce soit le catholicisme, le bouddhisme, ou la religion orthodoxe, les participants croyants s'y sont référés, bien que le nom de la religion n'ait pas été explicitement mentionné. Lorsque CF1_11 prétend avoir été élevé comme chrétien, et base ses valeurs sur cette religion, il rejoint I_35 qui avoue être croyante et marcher conformément à ce que préconise l'Église catholique. Il en est de

même des répondants vietnamiens qui font allusion au Bouddhisme, des aînés haïtiens qui évoquent le Vaudou ou des participants congolais qui attachent du prix à leurs traditions et coutumes ancestrales.

Ces illustrations viennent confirmer l'importance de prendre en compte les contextes sociopolitiques, culturels et religieux pour élucider notre question de recherche, d'où la pertinence d'avoir joint à la posture interactionniste, une perspective d'analyse interculturelle.

6.1.4 L'apport de l'approche interculturelle

Pourquoi adjoindre à l'interactionnisme symbolique une approche interculturelle ? La raison principale est son ouverture à tenir compte des contraintes ou facteurs culturels susceptibles d'influencer le sens que les participants donnent à la spiritualité et le lien qu'ils font avec la santé. Tout comme l'interactionnisme symbolique, l'approche interculturelle accorde une importance particulière à l'interaction et aux échanges entre répondants, mais en mettant l'accent sur leurs particularités ethniques et culturelles, caractérisées par une diversité d'us, de coutumes, de langues, etc.

D'ailleurs parlant de la langue, nous avons mis en évidence son influence dans les interactions au sein des groupes de discussion, particulièrement pour les personnes immigrantes. Une des fondatrices de l'approche interculturelle affirme que lorsque « le migrant parle la langue du pays d'accueil, il l'utilisera très souvent avec les représentations et les valeurs culturelles de sa langue maternelle » (Cohen-Émerique 1999, p. 80). L'assertion de l'auteure est confirmée par un répondant originaire du Congo qui, pour manifester sa désolation de ne pouvoir s'exprimer dans sa langue maternelle s'exclamait ainsi :

Parce que l'ennui, c'est que nous sommes en train de parler en français au lieu de parler dans nos langues...À partir du moment où on se met à parler

notre langue, on se met dans des schèmes de pensée de la langue que l'on parle. C_02

Ainsi, le manteau de « l'interculturel » que nous avons enfilé nous a permis d'être très attentive et de décoder plus aisément les analogies, les sous-entendus, les signifiants de certaines expressions et considérations présentes dans le non verbal, et les gestuels des participants. Le déroulement des groupes de discussion, réunissant des aînés originaires d'un même pays, n'a pas été sans nous confronter à des situations particulières, à l'exemple de tous les acteurs qui se mettent soudainement à discuter en leur langue maternelle. Dans ces situations, nous avons pu les amener à traduire ce qui avait été discuté entre eux.

Lors des entrevues, nous avons aussi porté une attention particulière au fait que les valeurs et les considérations culturelles et religieuses se croisaient et influaient sur les expériences des aînés. Ces particularités teignent leurs perceptions, comme l'illustrent nos résultats. L'apport de l'approche interculturelle se situe à deux niveaux : d'une part, elle implique d'inclure des personnes issues de diverses appartenances ethniques et religieuses dans nos recherches et dans les débats contemporains, d'autre part, elle invite à saisir les influences de ces appartenances culturelles dans les analyses. En cela, elle vient enrichir les données recueillies et favoriser la production de connaissances culturellement sensibles. Dans le contexte d'une société québécoise vieillissante et multiethnique, cette posture constitue un choix scientifique socialement pertinent, juste et responsable.

Rappelons que l'objectif visé ici n'est pas d'assurer une représentativité de toutes les communautés ethnoculturelles et religieuses dans le devis, ni d'analyser le sens de la spiritualité des aînés selon une perspective ethnocentrique : par exemple, le sens pour les aînés d'origines italiennes, le sens pour les aînés magrébins, pour les aînés de confessions chrétiennes, musulmanes, juives, etc. Si les aînés participants ont été regroupés en fonction de leur pays d'origine (Congo, Grèce, Italie, etc.), c'est pour des

raisons méthodologiques. Compte tenu des défis de recrutement et de la complexité de l'objet d'étude, nous avons jugé préférable de tenir des groupes avec une certaine « homogénéité » au niveau ethnique. D'ailleurs, ce choix de « l'homoethnicité » des groupes a induit une dynamique propice à développer le dialogue entre les participants, permettant des analyses interculturelles verticales et transversales. Au final, l'approche interculturelle accolée à l'interactionnisme symbolique a facilité l'analyse des propos sur le sens donné à la spiritualité et le lien qu'ils font avec la santé, en prenant en considération les contextes culturels et l'appartenance ethnique des répondants. Dans l'analyse des données, rien n'a été supposé ou présupposé, mais tout a été examiné.

Au final, notre recherche a permis de « rendre compte » des points de vue de personnes âgées aux identités multiples sur le vieillissement, la santé, la spiritualité et son lien avec la santé, et aussi de « tenir compte » de l'influence exercée par les environnements de l'étude, du contexte actuel de vie (au Québec) et pour plusieurs, de leur culture d'origine. Ces contextes teintent leur façon de penser et d'agir. Travailleuse sociale de formation, nous considérons que cette lunette de lecture du monde social est appropriée quand on vise un changement social et la justice sociale. En effet, les aînés, encore plus ceux issus de diverses communautés ethniques ou qui ont un parcours migratoire, sont souvent exclus des recherches scientifiques et des structures décisionnelles. Nous faisons nôtre la pensée de Macé (2011) qui estime que l'approche interactionniste est « pour des recherches qui veulent nourrir des interventions sociales et pour des disciplines qui s'attachent à la justice sociale comme valeur pivot. » (Ibid. p. 275)

6.2 Analyse critique des résultats : deux éléments en débat

Bien que nos résultats montrent plusieurs convergences dans les points de vue de ces aînés « pluriels »³⁶, les situant dans des zones partagées et admises, certains aspects restent en suspens ou controversés. Cette section propose de faire une relecture critique des deux principales questions qui restent en débat ; l'une étant théorique et l'autre pratique/clinique, et d'en exposer notre interprétation.

6.2.1 La théorie de la gérotranscendance

Dans son explication de la théorie de la gérotranscendance, que nous avons exposée aux chapitre 1 et 2, Tornstam (1997, 2005) soutient que grâce à la spiritualité, les personnes âgées effectuent des changements au niveau du cosmique, du soi et des autres. Suivant ce modèle, ce n'est qu'après l'âge adulte que les individus deviennent transcendants. Nos résultats nous amènent à y apporter des nuances et à considérer avec prudence ces assertions.

Certes, comme nous l'avons rapporté dans notre chapitre de résultats, les participants de notre étude ont exprimé que la spiritualité est importante et renvoie à une quête de sens et à un état d'être qui modèlent l'agir et la relation à soi, aux autres et à l'au-delà. En cela, leurs propos rejoignent la notion de transcendance. Toutefois, pour plusieurs, bien que reconnaissant que l'approche de la mort et le sentiment de finitude accentuent leur rapport à la transcendance, celle-ci n'est pas apparue uniquement ni subitement une fois qu'ils sont devenus « vieux » ou âgés. Elle était présente dans leur vie bien avant l'âge qu'ils ont aujourd'hui.

³⁶ Nous faisons référence ici à l'ouvrage de référence « Vieillir au pluriel. Perspectives sociales » publié aux Presses Universitaires du Québec, sous la direction de M. Charpentier *et al.*, en 2010, et réédité en 2014.

Les legs religieux ou spirituel reçus de leurs parents (Canadiens français et anglais, Haïtiens, Italiennes, Vietnamiens, Congolais), de même que les us et habitudes sociales (Grecs) sont particulièrement prégnants. Les trois témoignages qui suivent reflètent bien que pour plusieurs participants, la spiritualité a pour fondement l'héritage laissé par leurs parents. CF1_11 se rappelle que « moi, la spiritualité, je l'ai eue toute ma vie », tout comme C_05 : « Depuis que je suis toute petite, j'ai cru jusqu'aujourd'hui. [...] J'essaie toujours de grandir dans ma foi et ça me fait du bien à moi-même aussi. » CF_17 parle en termes de legs que lui ont laissé ses parents.

La spiritualité pour moi, c'est un héritage qu'on a reçu très jeune [...]. Mais je pense que quand on a eu un héritage, on ne peut pas l'oublier. [...] C'est une aide qui est enracinée. CF2_17

Une autre critique que nous adressons à Tornstam est de s'appuyer sur la théorie du désengagement (Cumming et Henry, 1961) pour ériger la sienne. Son postulat est à l'effet qu'en vieillissant l'individu se retire de ses rôles et activités sociales pour être plus introspectif et parvenir à la sagesse. Or, la majorité des aînés que nous avons rencontrés sont encore actifs et engagés socialement. Ils exercent des activités bénévoles ou professionnelles, et ce, quel que soit le pays d'origine, le sexe et le groupe d'âge auquel ils appartiennent. Chose étonnante, il y en a qui se trouvent même plus occupés que lorsqu'ils étaient en emploi. À cet égard, nos résultats rejoignent les nombreuses recherches qui ont mis en évidence la participation sociale et citoyenne des personnes âgées (Raymond *et al.* 2016; Sévigny, 2004; Levasseur *et al.* 2010, et plusieurs autres). Prenant assise sur nos résultats, il n'y a pas de dichotomie ou d'opposition entre le fait d'être davantage contemplatif, transcendant, et le fait de maintenir des engagements au sein de sa communauté. Loin de là!

De notre point de vue et dans une perspective dite de la continuité, c'est davantage le parcours de vie qui est précurseur d'une vie contemplative et des activités que nous pratiquons en vieillissant, incluant les activités spirituelles. Le fait d'être libéré des

contraintes liées à la productivité et à la satisfaction matérielle donne la possibilité d'y accorder plus temps. Cela ne signifie pas que c'est une fois rendus à l'étape de la retraite que les aînés s'intéressent à la spiritualité et se désengagent. Pourtant, selon Tornstam, c'est lorsque les personnes atteignent la vieillesse qu'elles réévaluent leur vie et choisissent de nouvelles façons de considérer le monde qui les entoure. Pour lui, il s'agit d'un processus de croissance naturel suivi par tous les individus vieillissants; là est notre plus grand inconfort.

Alors que nos analyses montrent que les expériences de vieillissement et les expériences spirituelles sont multiples et conditionnées par les contextes historiques, sociaux et culturels dans lesquels les aînés ont évolué tout au long de leur vie, la théorie de la gérotranscendance s'érige en normes par ses principes. Nous ne pouvons souscrire à une telle généralisation, même si Tornstam reconnaît que l'environnement matérialiste en Occident peut parfois empêcher que le processus de croissance qu'il soutient s'applique à certaines personnes âgées. Pour lui, ce cas de figure n'est qu'une exception.

Au terme de cette réflexion et de notre travail de recherche terrain, il y a lieu de réitérer que le sens donné à la spiritualité par les aînés est influencé par leur culture d'origine. Cela a été mis en évidence pour les aînés immigrants certes (Koenig *et al.*, 2012; Pargament, 2013), mais les aînés canadiens nés ici n'échappent pas à ces influences. Nous réaffirmons qu'il importe d'en rendre compte et d'en tenir compte. Comme l'affirme Phaneuf (2013), pour

Intervenir auprès de personnes appartenant à des communautés culturelles [il faut] chercher à connaître leurs croyances au sujet de la maladie et de ses symptômes [...] et comprendre l'interprétation qu'ils s'en donnent, car elle peut interférer avec les soins et traitements que nous devons leur dispenser. (Ibid. p. 7).

Cette affirmation est pertinente pourvu qu'on considère que les natifs sont inclus dans lesdites communautés. En effet, de nos résultats il appert que nonobstant la communauté à laquelle il appartient, l'aîné entretient un rapport singulier à la spiritualité et à la santé. Aussi ne s'agit-il pas de s'embrigader dans un positionnement qui peut accentuer une certaine marginalisation. L'humain est considéré comme un être unique avec des besoins personnels. Encore là la question est délicate : s'agit-il de laisser chacun présenter toutes sortes de pensées ou d'actions même des plus farfelues qui pourraient effectivement interférer dans les soins? Loin de là! « L'humain avant tout » est le slogan de l'ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec³⁷, et il cadre avec la perspective interactionniste symbolique et l'approche interculturelle que nous avons adoptées. L'être humain, dans notre cas l'aîné, agit et réagit en fonction de ce qui l'entoure. Ainsi, le sens qu'il donne à la spiritualité se décline et se comprend en fonction de ses liens (attaches et ruptures) avec ses environnements originel, culturel, religieux, etc. Ces derniers ne doivent pas être occultés des interventions qui lui sont proposées, d'où la nécessité de revenir sur le débat concernant la place de la spiritualité dans l'offre de services en santé.

6.2.2 La place de la spiritualité dans l'offre de services en santé

Presque tous les aînés rencontrés établissent que la spiritualité a un impact sur la santé qui peut être positif ou négatif selon la manière dont elle est pratiquée. En contrepartie, c'est majoritairement qu'ils s'opposent à l'introduction de la spiritualité comme outil thérapeutique en santé. Cette section vient expliquer et discuter ce qui peut sembler paradoxal.

Pour de nombreux participants issus de divers milieux culturels, la spiritualité sert de paravent contre des problématiques variées de santé physique ou mentale. Quelques

³⁷ OTSTCFQ

études empiriques concordent avec ces propos et démontrent l'aspect bienfaisant de la spiritualité sur la santé, dont Crowther *et al.* (2002) qui ont vu dans ce qu'ils appellent le « forgotten factor », un élément fondamental pour un bien ou, disons un mieux vieillir. En dépit de la présence d'une spiritualité « négative », les aînés de notre recherche ont exprimé que la spiritualité et la santé sont intimement liées et que leur besoin spirituel est réel.

Dans notre recherche, nous avons choisi de recruter des aînés qu'on pourrait déclarer en relative bonne santé, à l'instar de la grande majorité de la population âgée du Québec, dans le but d'avoir leur avis à un moment où ils ne sont pas confrontés à la mort comme dans la plupart des recherches que nous avons examinées. Ce sont des aînés non institutionnalisés ni hospitalisés, qui vivent dans la communauté, et qui partagent la conclusion des travaux menés par Koenig *et al.* (2012, 2017) et Pargament (2013), à l'effet que la spiritualité peut favoriser un mieux-être. Leur discours rejoint dans l'ensemble le point de vue des tenants du « successful aging » selon lequel la spiritualité est une composante du vieillissement réussi, et assimile que la spiritualité peut même s'avérer aidante pour pallier les problèmes de santé découlant de l'avancée en âge. Koenig et ses collaborateurs travaillent depuis plusieurs années sur ces thématiques et tendent à montrer que les personnes qui vivent des expériences spirituelles ont de meilleurs diagnostics de santé que celles qui n'en ont pas. Si donc la spiritualité est significative pour nombre d'aînés et que cela leur permet de mieux affronter les moments difficiles, notamment quand survient la maladie ou une souffrance, nous soutenons qu'il pourrait être judicieux d'y recourir, du moins dans une optique de prévention dans la santé. Par ailleurs, le « paradigme holiste » (Pépin et Cara, 2001) de plus en plus courant au Québec, veut tenir compte des besoins spirituels de chacun et encourage à regarder l'humain comme une entité indivisible corps, âme et esprit. En cela, l'idée de Cossette (1996) datant d'il y a quelques décennies selon laquelle le besoin spirituel « correspond à la nécessité dans laquelle se trouve tout

individu d'agir [selon] ses valeurs fondamentales [...] qui donnent un sens à sa vie et qui entretiennent un sentiment d'espoir » (Ibid. p. 580) reste encore d'actualité.

Au vu de cette démarche et compte tenu de l'intérêt manifesté par les aînés pour la spiritualité, il y a lieu de se pencher plus attentivement sur son accueil dans les institutions de santé. Notons que les aînés se sont prononcés de façon mitigée et ambivalente sur l'introduction de la spiritualité dans les services de santé, se montrant parfois défavorables. Ils abordent la place de la spiritualité dans les services sociaux et de santé sous différents angles et arguent plusieurs raisons surtout structurelles pour justifier leur positionnement. Pour étayer notre discussion, nous aborderons les trois principaux freins qu'ils ont évoqués, à savoir le temps dont disposent les médecins, l'incompréhension ou la peur du ridicule, et la laïcité de l'État.

Premier frein : Le temps dont disposent les médecins

Notons que les répondants ont surtout évoqué les médecins, passant sous silence les autres professionnels de santé tels que les intervenants en soins spirituels. Aucun participant n'y a fait allusion et à peine ont-ils parlé des psychologues et des travailleurs sociaux. La plupart a spontanément nommé le manque de temps, surtout des médecins, comme un obstacle à la possibilité d'intégrer la spiritualité dans les services de santé. C'est ce qu'exprime G_25 : « Les médecins, ici à Montréal, au Québec, ils n'ont même pas le temps de parler. Ils te checkent bonjour, bye. Ils te donnent un reçu là, tu sors dehors, tu prends tes médicaments ».

Ils sont conscients que le temps, sous-entendu le temps pour qu'on les écoute, est manquant. Ils reconnaissent unanimement la brièveté des visites médicales qui sont souvent très écourtées à leur grand dam. Plus encore, l'impression qu'ils ont est que le médecin ne les écoutera même pas puisque justement cela prendrait du temps. Certains auteurs tels que Peteet et ses collaborateurs (2019) ont mené une étude pour connaître

comment intégrer la spiritualité dans les soins prodigués aux aînés. Ils suggèrent que cela soit fait à travers ce qu'ils ont nommé l'histoire spirituelle. Elle permettrait de dépister les besoins spirituels de l'aîné et de mobiliser les ressources adéquates. De prime abord, cela nécessiterait plus de temps que ce que les médecins réservent actuellement à leurs patients. Mais quelques-uns diront que ce n'est pas au médecin qu'il faudrait s'adresser pour cette question-là, mais au psychologue, au travailleur social ou à un aumônier comme cela a été suggéré dans certains groupes de discussion.

Le problème est-il donc le manque de temps ou le fait que le professionnel vers qui on se tourne n'est pas la personne appropriée? Ce manque de temps dont se plaignent les aînés qui déboutent l'idée de la spiritualité dans les institutions de santé peut-il être résolu par l'intervention d'autres personnes-ressources? Actuellement au Québec, ce sont les psychologues et les travailleurs sociaux qui ont la possibilité de consacrer du temps à cette investigation. Dans leur assignation de tâche il est de leur ressort de faire des évaluations psychologiques et psychosociales (Pujol, 2014). De plus, des intervenants en soins spirituels sont sensés prendre en charge les patients qui éprouvent des besoins spirituels. De notre point de vue, dans le cas cité, c'est le fait de ne pas s'adresser à la personne idoine qui est problématique. Dit rapidement, ce biais pourrait être pris en compte et résolu si les aînés étaient informés des personnes ouvertes et compétentes à accueillir leur histoire spirituelle et qui présentement au Québec sont les professionnels que nous venons d'évoquer. Le défi de la distance culturelle patient-professionnel et du lien de confiance reste néanmoins présent.

Deuxième frein : L'incompréhension et la peur du ridicule

Quelques participants expliquent que même si la possibilité leur était donnée d'aborder leur spiritualité avec un professionnel de santé, ce dernier ne les comprendrait pas à cause de la différence culturelle. Ces extraits mettent en évidence le fossé culturel.

La question est beaucoup trop complexe. Tout d'abord, il faut qu'il sache [...], qu'il connaisse aussi nos maladies hein? Nos maladies à nous. Oui il faut qu'il connaisse tout d'abord nos maladies. Parce qu'on vient d'Afrique. Vraiment, nous avons des maladies que eux ne savent pas. Tu vois que vraiment il n'y a pas moyen, il n'y a pas de lien vraiment possible qu'on parle avec eux sur ce qui est spiritualité. C_01

Non je... j'appuie également ce qu'il a dit là [...] en règle générale les causes quand vous voyez le médecin ce sont des causes connues d'ailleurs pour la plupart des cas [...] Le type qui va sortir de la maison du médecin-là, il va aller voir son pasteur ou n'importe quoi, il va s'ouvrir à lui. Il va lui parler de ce que « je pense que on est en train de me manger chez moi-là, ekindoki, etc. la sorcellerie ». Si le médecin pouvait s'ouvrir à cette croyance parce que le pasteur X que certains d'entre vous connaissent qui est ici, quand les Congolais allaient le voir, ils s'ouvraient parce qu'ils savaient quel langage utiliser, il pouvait te comprendre quand tu dis « je pense que mon père quelque part-là à Kinshasa est en train de faire des histoires ». Il pouvait ne pas le croire, mais il pouvait l'écouter au moins, et essayer de le soulager, etc. dire « bon, écoute va te réconcilier avec ton père » etc., parce qu'il sait que ça va aider dans une certaine mesure. C_02

Ce sentiment de distance voire parfois d'étrangeté serait aussi vécu par les soignants. Certains écrits font état de ce que les immigrants auraient des us et coutumes bizarres et parfois même barbares (Moberg, 2001; Jobin, 2011; Koenig *et al.*, 2012; Phaneuf; 2013). Ainsi, tant du côté des aînés que des intervenants en santé, il y a de la méfiance. La réticence à concevoir la spiritualité dans les services sociaux et de santé tient en grande partie à un manque de compréhension et de confiance pour établir un lien thérapeutique susceptible de permettre au patient de s'ouvrir.

Le problème est-il l'incompréhension en elle-même ou le manque d'information des professionnels autour de cet enjeu? Si la lunette thérapeutique change, le patient se sentira-t-il plus à l'aise de parler de symptômes plus complexes à relater et susceptibles de cacher des pathologies difficilement concevables par la science et la technologie? C'est ce qui semble émerger de l'argumentaire mis de l'avant par quelques participants. Autant de questions qui se sont posées durant les analyses de ce corpus de données.

Mais a-t-on besoin de comprendre vraiment la culture de l'autre pour l'aider ? Nous pensons que l'attitude, la façon de recevoir le patient, la volonté de le comprendre et de l'accepter y sont pour beaucoup. Il ne fait doute que de « prendre en compte la vision du monde, le système de sens et de valeurs » (Jobin, 2017, p. 24) de la personne âgée n'est pas de toute évidence. Notre interprétation est qu'il faut être conscient des enjeux en tant que professionnel, et faire des choix pour une « humanisation des relations au sein des établissements de soin » (Ibid. p. 24). Les études que nous avons consultées relatent que certains professionnels sont réticents à ce que la question de la spiritualité soit abordée durant la pratique thérapeutique. Ceux plus ouverts seraient pour la plupart des professionnels qui ont eux-mêmes des pratiques spirituelles. Cependant, des réserves sont aussi émises, considérant que certains professionnels et médecins très zélés peuvent dans un rapport d'autorité chercher à faire des convertis (Bégot, 2011). Cela nous amène à la question soulevée par les aînés quant à la laïcité de l'État et de ses institutions.

Troisième frein : La laïcité et la sécularité de l'État

La laïcité de l'État a été maintes fois évoquée par les aînés pour justifier que la spiritualité doive être maintenue à l'extérieur des établissements de soins et de santé. Si les aînés ont confié que la spiritualité est importante pour la santé, il leur apparaît par contre impensable que celle-ci puisse trouver une place dans les soins dans un État laïc comme le Québec. La très grande majorité des aînés ayant pris part à cette étude considère qu'ils vivent dans un État laïc et que la spiritualité relève de la vie privée. Nous avons été étonnée de la spontanéité et de la conviction avec laquelle les participants se sont exclamés. Est-ce l'effet du projet de Loi sur la laïcité de l'État (Loi 21) faisant la manchette des journaux et l'objet de débats au moment où nous tenions nos groupes de discussion? Les aînés semblaient viscéralement conditionnés à rétorquer que l'État est laïc.

Quelles significations donnent-ils à la laïcité? Nous ne leur avons pas posé cette question qui déborde le cadre de la recherche, mais une réponse serait nécessaire pour mieux comprendre la portée que les aînés donnent au principe de laïcité. Il nous semble à première vue qu'il y a une certaine confusion entre la neutralité de l'État et la liberté de croyance et de pratique des individus, l'une et l'autre pouvant se côtoyer. De même, il n'est pas évident de savoir si la laïcité évoquée par les aînés est mise uniquement en rapport avec le religieux ou si elle inclut le spirituel, en regard de l'amalgame qui est généralement fait entre les deux.

Se pose alors la question de savoir si la spiritualité qui se détache de la religion est plus tolérée? Certes, il y a actuellement un intérêt certain pour les pratiques dites alternatives, même celles venues de pays aux us et coutumes très différents des pays occidentaux. Elles franchissent les barrières de l'inconnu et semblent davantage acceptées en santé. Au Québec les services de santé montrent une ouverture prudente quant à l'inclusion de ces pratiques dans les soins. Comme le mentionnent Pujol *et al.* (2014), il s'agit entre autres d'exercices spirituels en provenance surtout de l'Orient dont les plus populaires sont le Yoga, le reiki, la méditation bouddhiste, ainsi que des médecines alternatives ou douces (phytothérapie, acupuncture, hypnose, etc.) et certaines autres complémentaires parallèles à la médecine allopathique. Il existe déjà des pratiques alternatives et complémentaires auxquelles recourent les institutions hospitalières en guise de thérapie. Or, il ne semble pas évident pour les aînés de les reconnaître, puisque durant nos entrevues personne n'y a fait allusion explicitement. Dans la plupart des cas, certains participants, nés ici ou originaires d'autres pays, comme CF1_08, assimilent leur spiritualité à leur religion et éprouvent naturellement de la difficulté à faire état de leur spiritualité en public. « Avoir une vie spirituelle, ça se sépare pas de ma religion...Alors, moi ma spiritualité je la vis dans ma religion. »

CF1_08

Selon Brandt (2017) : « Intégrer la spiritualité dans les modèles de soins consiste à accorder autant d'importance à la variété de formes de spiritualités revendiquées par les patients qu'à la diversité des appartenances religieuses ». (Ibid. p. 15)

Mais comment y parvenir dans un pays autant sécularisé que le Québec, où le fait de croire est conditionné à demeurer personnel et privé? La place attribuée à la spiritualité religieuse dans les services de santé reste difficilement acceptable pour les aînés puisqu'elle est perçue comme une « atteinte au principe de laïcité. » (Pujol, 2014)

Il resterait à se pencher davantage sur la façon dont cette spiritualité même lorsqu'elle est religieuse peut être prise en considération dans le soin. Il faut noter que le religieux a quand même un pied dans les institutions de santé puisqu'en plus des intervenants en soin spirituel, des aumôniers sont appelés auprès des patients pour procéder à des rituels et des sacrements en lien avec les principes religieux que ces derniers réclament. Donc, ce spirituel religieux qui entre à l'hôpital est accepté tant qu'il ne trouble pas les soins hospitaliers traditionnels ou qu'il comprend des « éléments qui entrent en dialogue avec le vocabulaire psychologique. » (Pujol *et al.*, 2014, p. 57). De notre point de vue, c'est vers cette avenue que semble se profiler l'entrée plus officielle de la spiritualité dans le soin. Cela pourrait être une ouverture qui aille dans le sens de ce qui est proposé par Brandt (2017).

6.3 Limites et perspectives futures de la recherche

6.3.1 Les limites de la recherche

Au terme de cette recherche doctorale, les différentes postures théoriques et méthodologiques adoptées ont permis de recueillir des résultats dont l'analyse et l'interprétation contribuent à une meilleure connaissance et compréhension de la spiritualité en lien avec la santé chez les aînés. Toutefois il serait prétentieux de penser que cette thèse a couvert l'entièreté d'un phénomène aussi complexe que la spiritualité,

surtout lorsque croisée avec la santé. De même, malgré la cohérence interne et la validité scientifique de notre recherche, qui s'appuient sur une stratégie qualitative par entretiens de groupes restreints avec des aînés, des biais et des limites demeurent présents. Il importe de les rappeler afin de considérer la portée des résultats exposés.

D'abord, comme nous l'avons souligné dans notre chapitre de méthodologie et en première partie de ce chapitre de discussion, l'entretien de groupe comporte des biais. Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes heurtée à quelques-uns d'entre eux, dont l'effet d'entraînement durant l'entrevue, l'inter influence entre pairs et, dans notre contexte multiethnique, la langue de communication. D'abord l'effet d'entraînement durant l'entrevue qui s'est avéré très présent. Nous avons remarqué qu'au démarrage d'une question, c'était la première personne à prendre la parole qui orientait les réponses, souvent involontairement. Dès l'amorce d'une idée, la tendance était que les contributions des autres participants gravitaient autour de ce qui avait été avancé. Ce comportement pouvait diluer la créativité dans les idées et réduire l'expression de points de vue divergents, d'où l'importance de l'attitude et des relances de la chercheure.

Quant à l'inter influence entre pairs (Touré, 2010), elle renvoie à la position sociale, au charisme ou au niveau de scolarité d'un participant, lesquels ont contribué par moment à influencer l'intervention des autres répondants. Nous décrivons cette influence des interactions au sein des groupes dans le chapitre de discussion, en insistant sur l'effet des rapports liés au genre et à l'âge/la génération. Cependant, en animant les groupes, nous avons toujours pris soin de recadrer les propos et de les faire varier pour limiter ces biais en invitant les autres participants à exprimer divers points de vue. Pour ce qui de la langue des entretiens, quelques aînés recrutés étaient limités dans leur capacité à s'exprimer en français, surtout sur des concepts complexes. Ceci les a contraints à recourir à des analogies pour exposer leurs idées. Quoiqu'il en soit, cette difficulté n'a

pas empêché les participants de bien comprendre ce qui leur était demandé et de donner leurs points de vue sur la question.

À ces biais inhérents à la dynamique des groupes, s'ajoute ce que l'on peut qualifier de biais du chercheur. Nous devons reconnaître que notre appartenance générationnelle, notre culture d'origine et nos valeurs peuvent aussi teinter un tant soit peu la recherche. Cependant, consciente de ce biais potentiel en tant que chercheure, nous avons su assurer la distance nécessaire à la validité et la fiabilité de nos analyses. Nous avons fait preuve de grande vigilance pour que notre vision personnelle de l'objet de cette recherche n'interfère pas le respect des exigences imposées par la recherche scientifique. Notre directrice de recherche a lu les analyses verticales de chaque entrevue de groupe et a exercé à quelques reprises un recadrage. Dans le débat ou le questionnement habituel dans les recherches en sciences sociales sur la distanciation et la proximité du chercheur d'avec son objet de recherche, nous avons parfois été coincée devant les incertitudes et les surprises du terrain et les exigences de la recherche. Boumaza et Campana (2007) parlent du danger émotionnel auquel peut faire face un chercheur quand il se rend sur le terrain ou lorsqu'il porte sa réflexion sur un objet particulier. Le requestionnement, le repositionnement sont des attitudes acquises au fil du temps et dont nous avons pu nous prévaloir tout au long de notre cheminement doctoral. Les assises théoriques et méthodologiques solides de notre recherche et leurs applications rigoureuses constituent des appuis sûrs pour ne pas se laisser balloter. Nous faisons nôtre ce constat émis par Boumaza (2001) concernant ce que peut faire vivre une recherche: « qu'on le veuille ou non, qu'on en prenne conscience ou non, s'engager dans une thèse est l'occasion de se remettre en question. » (Ibid. p. 115)

Mentionnons à présent quelques limites de notre recherche, principalement en lien avec la taille et la composition de l'échantillon. Les difficultés de recrutement et les barrières de communication (difficulté à parler et comprendre le français et l'anglais), ont eu pour effet d'exclure certains aînés de notre étude, notamment ceux qui ont migré un

peu plus récemment et qui ne peuvent converser dans l'une ou l'autre langue. Une plus grande diversité de notre échantillon aurait contribué à enrichir nos résultats, donnant accès à d'autres influences historiques, culturelles et religieuses. À cet égard, il aurait été fort intéressant de recruter des participants de religion musulmane ou même juive.

De même, n'ont pas été inclus dans l'étude, des aînés hospitalisés ou qui vivent en milieux d'hébergement, qui sont en phase terminale ou en fin de vie, qui ont des problématiques de santé mentale ou physique sévères. Il est possible que ces aînés ayant des situations particulières aient un autre rapport à la spiritualité et la santé. Ainsi, compte tenu de nos choix d'échantillonnage et de la nature qualitative exploratoire de notre recherche, on ne pourrait généraliser nos résultats et les appliquer à ces sous-populations âgées spécifiques.

6.3.2 Les avenues de recherche

Notre recherche a été menée selon un paradigme interactionniste symbolique dans une démarche qualitative avec huit groupes de discussion réunissant quatre à sept personnes âgées aux caractéristiques sociodémographiques diverses, et une homogénéité en ce qui a trait à leur origine ethnique (ou pays de naissance).

Cette étude porte sur un sujet complexe et d'actualité. Elle laisse plusieurs questions en suspens, ouvrant la porte à de futures recherches dont quelques pistes nous apparaissent pertinentes. Ainsi, une recherche qualitative avec des entrevues individuelles en profondeur permettrait d'approfondir certains aspects de la spiritualité que nous n'avons pas eu la possibilité d'aborder. En outre, elle permettrait de retracer l'histoire spirituelle des aînés et de répondre ainsi à certaines questions et réserves émises quant à la théorie de la gérotranscendance. Par ailleurs, dans un environnement qui conteste la pertinence de la spiritualité dans les soins et qui interpelle de ce fait les professionnels de santé, une recherche auprès des intervenants en gérontologie de diverses disciplines et appartenances ethniques pour connaître leurs pratiques et points

de vue sur cet enjeu pourrait s'avérer également intéressante. En effet, s'intéresser à la place de la spiritualité dans les soins et services aux personnes âgées par le biais d'entrevues de groupe ou individuelles avec des praticiens pourrait éclairer sur le sujet.

Plus spécifiquement et comme relevé dans notre recherche, c'est aux psychologues et aux travailleurs sociaux qu'il appartient de manière formelle de reconstituer l'histoire spirituelle des patients par le canal des évaluations psychologique et psychosociale. Il serait alors intéressant d'avoir leur point de vue professionnel, notamment via des récits de pratique qui abordent la spiritualité dans leurs interventions.

6.3.3 Les pistes d'intervention

À l'heure des bonnes pratiques dans le réseau de la santé au Québec, cette recherche confirme qu'il est crucial de se pencher sur le point de vue des aînés eux-mêmes pour mieux les comprendre et par ricochet mieux répondre à leurs besoins de santé et surtout d'autonomie, comme ils l'ont répété dans nos entretiens. L'idée d'une pratique culturellement sensible et adaptée est de plus en plus répandue et encouragée (Rachédi et Taïbi, 2019). À la lumière des résultats de notre recherche nous pouvons affirmer comme Chenouard (2019) que « les croyances religieuses ou mystiques font partie des représentations culturelles qui contribuent à donner un sens à la maladie et à la souffrance » (Ibid. p. 176). Aussi faut-il tenir compte des contextes culturels et religieux des aînés canadiens nés ici et ailleurs quand vient le temps d'intervenir auprès d'eux.

Notre expérience clinique est très instructive quant à la façon dont les personnes mobilisent leurs ressources spirituelles afin d'affronter leurs difficultés, pourvu que leur spiritualité soit un outil porteur de sens ancré dans les valeurs et les croyances de la personne. Il nous est arrivé dans notre pratique de travailleuse sociale en santé mentale d'aborder la question spirituelle avec quelques patients dans le but de les aider. Consciente des divers freins que nous venons d'analyser (temps, incompréhension et

contexte de laïcité), nous avons remarqué qu'il était difficile pour les personnes de nous faire part en toute aisance de la place qu'elles accordent à leur spiritualité par rapport à leur santé, et dans quelle mesure cela pouvait être une ressource utile. En posant une question sur ce qui les avait soutenues jusqu'au moment où elles nous rencontrent, ou comment elles ont réussi à s'en sortir les fois précédentes quand elles étaient souffrantes, leurs explications permettaient de comprendre ce qui fait du sens pour chacune et ce qui est vital pour elles. À notre avis, on ne peut appliquer l'approche centrée sur les forces et les ressources de la personne en faisant abstraction des valeurs et des repères spirituels qui lui sont propres et qui peuvent la soulager, ou au moins produire du sens. Les approches centrées sur les forces de la personne souffrante veulent qu'on tienne compte de ce qui fait du sens pour elle. À cet égard, nous partageons la position pragmatique de Guérin (2012) sur la spiritualité, à partir du moment où :

La personne en arrive à donner un sens à la vie – soit par une religion, une philosophie ou un courant spirituel – la spiritualité peut cesser de baigner dans le flou, d'être un mot fourre-tout dans lequel on met n'importe quoi, avec les risques de dérapage et d'abus qu'on lui connaît. Elle peut devenir un projet constructif qui a tout à fait sa place dans l'intervention psychosociale. (Ibid. p. 183)

Les pistes d'intervention prometteuses sont celles qui reconnaissent que l'humain est complexe, qu'il est à la fois corps, âme et esprit, et qui adoptent un regard holiste permettant d'inclure la dimension spirituelle. Plutôt que d'insister uniquement sur les spécificités des groupes sociaux nés ailleurs (immigrants, réfugiés, etc.), il s'avère important de mettre l'intervention sous la bannière d'une santé globale plus humaine, qui ne fait pas de clivage selon l'origine ethnique, mais qui se tourne vers l'humain et examine tous ses besoins, incluant ses besoins spirituels et ses contextes de vie. Ceci exige une attitude réflexive de la part des intervenants. Comment mènent-ils une action réflexive de leur pratique par rapport à la spiritualité ? La leur et celle des patients ?

CONCLUSION

Cette thèse constitue l'aboutissement de notre projet doctoral. Elle s'appuie sur une démarche d'investigation originale et imposante, qui s'est déroulée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, la présentation du contexte de recherche nous a donné l'opportunité d'exposer la revue de littérature relative à la spiritualité et au vieillissement, de même qu'à la spiritualité et à la santé. Nous avons présenté les études qui abordent la spiritualité et ses effets sur la santé, en ne perdant pas de vue le contexte québécois de soins. Eu égard à la réalité sociodémographique du Québec, la spiritualité en contexte multiethnique a également été examinée. Suite à cette mise en contexte qui sous-tendait notre problématique, nous avons exposé nos objectifs de recherche et la pertinence de notre étude. Nous intéressant au sens donné à la spiritualité et son lien avec la santé pour des personnes âgées nées au Canada ou immigrantes aux caractéristiques multiples (en termes d'âge, d'origine ethnique, de statut socioprofessionnel, etc.) selon une perspective interactionniste et une approche interculturelle, nous avons plus spécifiquement mis de l'avant que nous voulons:

- Connaître le sens que les personnes âgées donnent à la spiritualité;
- Explorer le lien entre la spiritualité et la santé selon les personnes âgées;
- Comparer les points de convergence et de divergence relevés dans les points de vue des différents groupes sociaux interrogés;
- Alimenter le débat sur la place de la spiritualité dans les services sociaux et de santé au Québec;

- Dégager des pistes pour la recherche et pour la pratique future auprès des personnes âgées canadiennes nées ici et ailleurs.

Dans un second temps, les orientations théoriques et le cadre conceptuel ainsi que la méthodologie qui soutiennent cette recherche ont été présentés. Les résultats faisant état de la réponse des aînés sur leurs points de vue sur le sens qu'ils donnent à la spiritualité et le lien qu'ils font avec leur santé ont été présentés. Le dernier chapitre a porté sur la discussion, mettant de l'avant certains éléments fondamentaux qui ont retenu notre attention.

Nos objectifs de recherche ont été atteints, du moins en partie, surtout pour le dernier qui reste ouvert et appelle d'autres recherches appliquées en ce qui a trait à l'intégration de la spiritualité dans des services en géro-geriatrie. Le débat est loin d'être clos.

Nous signons ici une thèse qui apporte une contribution sociale et scientifique dans le champ « santé et société ». Les orientations théoriques sur lesquelles nous avons assis nos analyses, soient la perspective interactionniste et l'approche interculturelle, se sont avérées pertinentes et riches. De même, le concept de spiritualité a été appréhendé finement, dans ses diverses composantes et rapports à soi, aux autres et à l'univers (ou Dieu, ou l'au-delà). Le chapitre de résultats fait état de points de vue (ou zones) partagés, admis et aussi controversés fortement influencés par les contextes social, historique, culturel et religieux dans lesquels les répondants aînés ont évolué. Porté par ces constats, le dernier chapitre a proposé une discussion autour des éléments fondamentaux théoriques et pratiques/cliniques qui constituent l'apport de cette thèse.

Au terme de cette recherche qui a été conduite avec persévérance et minutie, nous avons colligé des données qui montrent que les aînés sont des acteurs qui puisent en eux-mêmes et au-delà d'eux-mêmes pour continuer de s'investir dans une vie qui en vaille la peine et qui fasse sens pour eux. Puiser en soi pour faire face à un problème

de santé et à la souffrance (qu'elle soit physique, psychologique ou sociale) n'est pas l'apanage de tout être humain. Pour de nombreux aînés rencontrés, la spiritualité peut être un paravent, ou plutôt « un espoir » et un « vecteur de résilience » comme nous l'avons exposé.

Compte tenu de ce qui précède, on est en droit de se demander si la spiritualité peut être une alternative dans l'approche thérapeutique, notamment en balisant son utilisation, comme dans toute pratique nouvelle afin d'en tirer un « gain clinique » (Jobin, 2017). Il faut être conscient que les soins non médicamenteux, à l'instar de la spiritualité si elle est introduite dans les services de santé, peuvent aussi avoir des effets secondaires indésirables, puisque comme le mentionne Falissard (2016), toute thérapie comporte des risques. Ce médecin suggère d'ailleurs que des études qualitatives soient menées sur la question pour interroger les patients eux-mêmes et qu'ensuite soient mis sur pied des protocoles pour accompagner ce genre de pratique alternative. Il va plus loin et ajoute la possibilité d'utiliser l'effet placebo pour la comparer à d'autres thérapies.

Au fil des ans, les avancées technologiques font augmenter l'espérance de vie et donnent des sueurs froides aux économistes et politiciens à cause des coûts de santé anticipés par la longévité et la présence de maladies chroniques. Ces coûts de santé sont mis de l'avant pour justifier des termes comme « Armageddon gériatrique » (Giasson *et al.*, 1999). Dans le tourbillon des suggestions pour les réduire, on pourrait prêter attention aux propos de ceux qui sont susceptibles d'être (ou qui sont accusés d'être) les plus gros consommateurs de soins de santé. Notre lecture est que nos aînés optent pour des approches moins onéreuses, moins technologiques et médicamenteuses pour mieux vieillir avec le maximum d'autonomie. L'interprétation que nous faisons de leurs propos est qu'ils demandent qu'on leur accorde un peu plus de temps qui désormais pour eux est compté. Un temps pour les écouter et prendre en compte leur point de vue.

La richesse de notre recherche tient de ce qu'elle apporte des réponses en provenance des acteurs eux-mêmes, qui confirment le rôle que peut jouer la spiritualité sur leur santé. Alors que la plupart des études sur la spiritualité en santé porte sur des personnes en fin de vie (à l'article de la mort) ou gravement malades, la grande originalité de notre recherche tient de ce qu'elle s'intéresse à des personnes qui pour la plupart se trouvent en relative bonne santé.

Par ailleurs, un des arguments qui est apporté actuellement en recherche pour expliquer la lenteur d'intégrer la spiritualité dans les soins, c'est la complexité à la définir. Notre étude innove parce qu'elle vient interroger les personnes âgées sur le sens qu'elles donnent à la spiritualité. En cela, elle invite à prendre en compte leurs points de vue tout en considérant les multiples influences qui les conditionnent.

Bien qu'aujourd'hui au Québec, on reconnaît de plus en plus que la spiritualité peut être aidante dans des moments de souffrance, notamment avec l'intégration des intervenants en soins spirituels en milieu hospitalier, Cohen *et al.* (2008) recommandent que les professionnels de la santé, dont les travailleurs sociaux, ne restent pas indifférents à la place qu'occupe la spiritualité dans le quotidien des aînés qu'ils sont amenés à aider. La valeur heuristique de cette thèse tient également de ce qu'elle permet d'alimenter le débat et de susciter des réflexions sur la question de la spiritualité dans le milieu des soins dans un environnement laïc. Elle apporte de nouvelles connaissances sur la signification de la spiritualité pour des aînés nés ici et ailleurs et sur les liens qu'ils font entre la spiritualité et la santé. En souhaitant que malgré les nombreux obstacles liés à l'environnement organisationnel des soins au Québec, les intervenants sociaux et de santé sauront trouver le temps pour les écouter et prendre en compte leurs points de vue.

ANNEXE A
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Nom (lettres moulées) et coordonnées :

Un exemplaire de ce document signé doit être remis au participant

Titre du projet de recherche : Vieillesse, spiritualité et santé : une perspective interactionniste pour questionner le lien entre la spiritualité et la santé auprès des personnes âgées des communautés ethnoculturelles du Québec

Chercheur responsable : Agnès Florette Noubicier,
Doctorat interdisciplinaire en santé et société
Tel. : 450 678-3046 ; 514 913-5113,
Courriel : noubicier.agnes_florette@courrier.uqam.ca

Direction de recherche: Michèle Charpentier, École de travail social UQAM
Tel. : 514 987-3000 poste 2080;
Courriel : charpentier.michele@uqam.ca

Organisme de financement : Fonds de Recherche du Québec- Société et Culture (FRQSC)

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche.

Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas ou qui ne semblent pas clairs, n'hésitez pas à poser des questions ou à communiquer avec le responsable du projet ou la directrice de recherche.

Objectifs du projet

Ce projet de recherche porte sur le vieillissement, la spiritualité et la santé. Il a pour objectif général de comprendre comment les personnes âgées de plus de 65 ans de différentes communautés ethnoculturelles au Québec perçoivent la spiritualité et quel lien elles font avec la santé. Il s'agit d'un travail de recherche universitaire, effectué dans le cadre d'une thèse de doctorat.

Nature de la participation

Votre participation à ce projet consiste à prendre part à un groupe d'entretien, formé des personnes âgées de 65 ans et plus de la même communauté ethnique que vous, d'une durée de deux heures environ. La rencontre se tiendra dans les locaux de l'UQAM ou de votre organisme communautaire. Lors de cette entrevue de groupe, nous souhaitons que vous partagiez avec nous votre point de vue à propos :

- Du vieillissement ;
- De la spiritualité ;
- De la santé ;
- Du lien entre la spiritualité et la santé.

Cet entretien sera enregistré. Toutefois, la transcription que l'on fera de vos propos ne permettra pas de vous identifier. La participation à ce groupe d'entretien implique que vous vous engagiez à respecter la confidentialité des propos partagés par les autres participants, à ne pas identifier nominalement des personnes avec lesquelles vous êtes en contact ni à partager des informations qui permettraient aux membres du groupe de les identifier. Une pause et des rafraîchissements sont prévus.

Avantages

Personnellement vous ne retirerez pas d'avantages en prenant part à cette étude. Toutefois, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de ce que représente la spiritualité pour des personnes âgées de votre communauté ethnoculturelle, et du lien qu'elles font avec la santé. Vous aurez ainsi exprimé votre point de vue et contribué à l'avancement de la recherche scientifique.

Risques et inconvénients

En participant à cette recherche, vous ne courez pas de risques ou d'inconvénients particuliers.

Toutefois, s'il y a des termes ou des questions qui vous semblent peu clairs et vous causent un malaise quelconque, vous pouvez choisir de ne pas y répondre ou demander qu'on le clarifie. Vous demeurez libres de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier, ou de ne pas participer à la discussion à ce moment-là. Si parfois vous ressentez un inconfort face au groupe ou suite aux propos d'un participant, vous pouvez mettre fin à votre participation et vous retirer en tout temps, sans justification ni pénalité.

Compensation

Afin de vous remercier de votre participation, une somme de 20\$ vous sera remise à la fin de l'entrevue.

Confidentialité

Il est entendu que tous les renseignements recueillis sont confidentiels. Seuls la chercheure y aura accès. Vos données de recherche ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément au laboratoire de la Chaire de Recherche sur le Vieillissement et la Diversité Citoyenne pour la durée totale du projet.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Cela signifie également que vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche, sans préjudice de quelque nature que ce soit, et sans avoir à vous justifier. Dans ce cas, et à moins d'une directive verbale ou écrite contraire de votre part, les documents, renseignements et données vous concernant seront détruits.

Le responsable du projet peut mettre fin à votre participation, sans votre consentement, s'il estime que votre bien-être ou celui des autres participants est compromis, ou bien si vous ne respectez pas les consignes du projet.

Recherches ultérieures

Vos données de recherche seront rendues anonymes et conservées pendant trois ans au terme du projet. Nous souhaitons les utiliser dans d'autres projets de recherche similaires. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

☐ J'accepte que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche

☐ Je refuse que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche

Acceptez-vous que le responsable du projet ou son délégué vous sollicite ultérieurement dans le cadre d'autres projets de recherche?

Oui ☐ Non ☐

Responsabilité

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le(s) commanditaire(s) ou l'institution impliquée (ou les institutions impliquées) de leurs obligations civiles et professionnelles.

Personnes-ressources :

Vous pouvez contacter la directrice de thèse au numéro (514) 987-3000 poste 2080 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez discuter avec elle des conditions dans lesquelles se déroule votre participation.

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a approuvé ce projet et en assure le suivi. Pour toute information vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753 ou par courriel à l'adresse : ciereh@uqam.ca.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le bureau de l'ombudsman de l'UQAM (Courriel: ombudsman@uqam.ca; Téléphone: (514) 987-3151.

Remerciements : Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et nous tenons à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez ajouter vos coordonnées ci-dessous.

Consentement du participant : Par la présente, je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement. Je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique. Je confirme avoir disposé du temps nécessaire pour réfléchir à ma décision de participer. Je reconnais avoir eu la possibilité de contacter le responsable du projet (ou son délégué) afin de poser toutes les questions concernant ma participation et que l'on m'a répondu de manière satisfaisante. Je comprends que je peux me retirer du projet en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Je m'engage à respecter la confidentialité des propos partagés par les autres personnes lors de l'entrevue de groupe. Je consens volontairement à participer à ce projet de recherche.

Je désire recevoir un résumé des résultats du projet :

Oui ☐ Non ☐

Signature :

Date :

Nom (lettres moulées) :

Coordonnées adresse courriel :

Déclaration du chercheur principal (ou de son délégué) :

Je, soussigné, déclare avoir expliqué les objectifs, la nature, les avantages, les risques du projet et autres dispositions du formulaire d'information et de consentement et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature:

Date :

ANNEXE B
INFORMATION FORM AND CONSENT

Name (Capital letters) and address:

A copy of this signed document must be given to the participant

Title of the research project: Aging, spirituality and health: an interactionist perspective to question the link between spirituality and health with the elderly of ethno cultural communities in Quebec

Responsible researcher: Agnès Florette Noubicier,
Interdisciplinary PhD in Health and Society
Tel. : 450 678-3046 ; 514 913-5113;
Mail : noubicier.agnes_florette@courrier.uqam.ca

Research Director : Michèle Charpentier,
École de travail social UQAM
Tel. : 514 987-3000 poste 2080;
Mail : charpentier.michele@uqam.ca

Funding Agency: Fonds de Recherche du Québec- Société et Culture (FRQSC)

Preamble

We invite you to participate at a research project.

Before agreeing to participate in this project and sign this form, it is important to take a time to read and understand the information below. If there are words or sections, that you don't understand or that don't seem clear, don't hesitate to ask questions or to contact the project manager or the director of the research.

Objectives of the project

This research focuses on aging, spirituality and health. Its general objective is to know how the elderly over 65 years of diverse cultural communities in Quebec, perceive spirituality and which link they make with health. This is a university research in the framework of a doctoral thesis.

Nature of participation

Your participation in this project is to take part at a focus group, with people aged 65 from the same community as you, for a period of two hours. The meeting will be held at the University of Quebec in Montreal (UQAM) or in your community organization. During the focus group, we want you to share your point of view on:

- Aging ;
- Spirituality ;
- Health ;
- The link between spirituality and health.

This interview will be recorded. However, the transcript of your comments will not allow identify you. The participation at this focus group implies that you agree to respect the confidentiality of what other participants share with you. You also agree not to identify nominally people with whom you are in contact and not to share information permitting to other member of the group to identify them. A break and refreshments are provided.

Advantages

Personally, you will not derive benefit by taking part at this study. However, your participation will contribute to the advancement of knowledge through a better understanding of what constitutes spirituality for the seniors of your ethno cultural community, and the relationship they make with health. You will have expressed your views and contributed to the advancement of scientific research.

Risks and inconveniences

By participating in this research, there's no risk or special disadvantage.

However, if there's a word or a question that seems unclear and causes any discomfort, you can choose not to respond or you can ask to clarify it. You remain free not to answer a question that you feel awkward without having to justify yourself, or not to participate in the discussion at that time. If sometimes you feel discomfort or after the

remarks of a member, you can end your participation and withdraw at any time, without notice or penalty.

Compensation

To thank you for your participation, an amount of \$ 20 will be given at the end of the interview.

Confidentiality

It is understood that all the information collected is confidential. Only the researcher will have access.

Your research data and your consent form will be stored separately in the laboratory of the Chair for the total duration of the project.

Voluntary participation and right of withdrawal

Your participation in this project is voluntary. This means that you agree to participate in the project without any constraint or external pressure. This also means that you are free to end your participation at any time during the research, without prejudice of any kind whatsoever, and without having to justify yourself. In this case, unless a verbal or written directive contrary from you, documents, information and data will be destroyed.

The project manager may terminate your participation without your consent, if he considers that your well-being or that of other participants is compromised, or if you do not follow the instructions of the project.

Subsequent research

Your research data will be anonymized and retained for three years after the project. We want to use them in similar research projects. You are free to decline this secondary use

☐ I agree that my data can be used in other research projects

☐ I do not want my data to be used in other research projects

Do you agree that the project manager or his representative seeks you later in the context of other research projects?

Yes ☐ No ☐

Responsibility

By agreeing to participate in this project, neither do you waive any of your rights nor do you release the researchers, the sponsor or the institutions involved of their civil and professional obligations.

Contacts

You can contact the thesis supervisor at the number (514) 987-3000 extension 2080 for additional questions about the project. You can discuss with her the conditions under which unfolds your participation.

The Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) has approved the project and monitors it. For more information you can contact the Committee Coordinator at the number (514) 987-3000 7753 or by email at: ciereh@uqam.ca.

For questions about your rights as a participant in this research project or if you have any complaints, you can contact the Office of the Ombudsman of UQAM (Email: ombudsman@uqam.ca; Phone: (514) 987-3151).

Acknowledgements:

Your collaboration is important to the realization of our project and we want to thank you. If you would like a written summary of the main results of this research, please add your details below.

Consent of the participant:

By this, I have read this information and consent form. I understand project objectives and what my participation implies. I confirm that I've had adequate time to reflect on my decision to participate.

I acknowledge having had the opportunity to contact the project manager (or his representative) in order to ask any questions about my participation and that one has replied satisfactorily.

I understand that I may withdraw from the project at any time, neither without penalty of any kind, nor with justification to give. I pledge to respect the confidentiality of words shared by other people in the group interview. I voluntarily consent to participate in this research project.

I wish to receive a summary of the project results: Yes ☐ No ☐

Signature:

Date :

Name (Print):

Contact email address:

Declaration of the principal researcher (or his delegate)

I hereby declare that I have explained the objectives, nature, benefits, and risks of the project and other provisions of the information and consent form, and have answered to the best of my knowledge to the questions asked.

Signature :

Date :

ANNEXE C
RECRUTEMENT DE PARTICIPANTS DE 65 ANS ET PLUS

Name (Capital letters) and address:

RECRUTEMENT DE PARTICIPANTS DE 65 ANS ET PLUS



- ✚ Inscrivez-vous pour une recherche sur le vieillissement, la spiritualité et la santé des aînés des communautés ethnoculturelles du Québec.
- ✚ Entrevues de groupe de cinq personnes de la même communauté
- ✚ Durée : Environ 1h30 en français ou en anglais.
Montant de 20\$ remis pour la participation

Pour détails et information, contacter : Agnès Noubicier
Université du Québec à Montréal
noubicier.agnes_florette@courrier.uqam.ca
Cel : (xxx) xxx-xxxx

ANNEXE D
CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS

Tableau D.2 Caractéristiques sociodémographiques détaillées des participants

Groupe de discussion	Référence	Sexe	Âge (ans)	Statut civil	Appartenance à groupe spirituel ou religieux	Problèmes de santé auto-déclarés	Niveau de scolarité
Aînés congolais (1 ^{er})	C_01	H	66	Marié	Oui	NS	U
	C_02	H	68	Marié	Oui	Oui	U
	C_03	H	84	Marié	Oui	Oui	U
	C_04	H	80	Marié	NS	NS	S
	C_05	F	75	Veuve	Oui	Non	P
	C_06	F		Veuve	Oui	Oui	S
	C_07	F	67	Mariée	NS	Oui	S
Aînés canadiens- français 1 (2 ^e)	CF1_08	H	83	Marié	Oui	Non	U
	CF1_09	H	68	Marié	Non	Oui	U
	CF1_10	H	75	Marié	Oui	Oui	S
	CF1_11	H	73	Marié	Oui	Non	U
Aînés canadiens- français 2 (3 ^e)	CF2_12	F	74	Veuve	Non	NS	P
	CF2_13	H	75	Divorcé	Oui	NS	S
	CF2_14	F	81	Célibataire	Oui	Oui	S
	CF2_15	H	71	Veuf	Non	NS	S
	CF2_16	H	73	Marié	Oui	Non	U
	CF2_17	F	82	Veuf	Oui	NS	U

Groupe de discussion	Référence	Sexe	Âge (ans)	Statut civil	Appartenance à groupe spirituel ou religieux	Problèmes de santé auto-déclarés	Niveau de scolarité
Aînés haïtiens (4 ^e)	H_19	F	77	Veuve	Non	Oui	U
	H_20	F	NS	Mariée	Oui	Non	U
	H_21	F	66	Mariée	Oui	Oui	U
	H_22	F	71	Divorcée	Oui	Non	U
	H_23	H	72	Marié	Non	Oui	U
Aînés vietnamiens (5 ^e)	V_30	H	81	Marié	Non	Non	U
	V_31	H	74	Marié	Oui	Non	U
	V_32	F	67	Mariée	Non	Non	U
	V_33	H	85	Marié	Oui	Oui	U
	V_34	H	80	Marié	Oui	Non	U
Aînés grecs (6 ^e)	G_24	F	67	Mariée	Non	Non	U
	G_25	H	77	Marié	Non	NS	S
	G_26	H	88	Marié	Oui	Oui	P
	G_27	F	75	Marié	Non	NS	S
	G_28	F	69	Divorcée	Non	Oui	U
	G_29	H	73	Marié	Oui	Oui	U
Aînées italiennes (7 ^e)	I_35	F	73	Mariée	Non	Non	S
	I_36	F	81	Veuve	Non	Oui	U
	I_37	F	83	Mariée	Non	NS	S
	I_38	F	74	Veuve	Non	Non	S
	I_39	F	80	Veuve	Non	Non	S
Aînés canadiens-anglais (8 ^e)	CA_40	F	89	Veuve	Oui	Non	U
	CA_41	F	84	Mariée	Oui	Oui	U
	CA_42	H	75	Marié	Non	Oui	S
	CA_43	F	65	Mariée	Non	Oui	S
	CA_44	H	82	Marié	Non	Non	P
	CA_45	F	71	Mariée	Non	Oui	U

Légende :

Scolarité : U universitaire; S secondaire ; P primaire

Sexe : F : femme; H : homme

ANNEXE E

CANEVAS D'ENTREVUE

Titre : La spiritualité et son lien avec la santé : point de vue des personnes âgées selon une perspective interactionniste et une approche interculturelle

Preliminaires

Présentation et introduction.

« Vous avez accepté de participer à un groupe de discussion sur le vieillissement, la spiritualité et la santé, et je vous en remercie. Cette entrevue durera environ une heure trente minutes, est un point crucial dans le travail de recherche scientifique que constitue ma thèse de doctorat au programme Santé et Société de l'Université du Québec à Montréal. Comme je vous l'ai expliqué, elle sera enregistrée. Vos réponses confidentielles. Pas de bonne ou de mauvaise réponse. C'est vraiment votre point de vue qui nous intéresse. On ne cherche pas non plus à avoir une seule et même opinion ou à obtenir un consensus. Ce sont les différents points de vue qui enrichissent l'échange. Je vous rappelle aussi que vous n'êtes pas obligés de répondre à toutes les questions. Si quelqu'un le désire, il peut arrêter sa participation à n'importe quel moment de la discussion.

Svp, veuillez-vous nommer chaque fois que vous prenez la parole pour faciliter l'enregistrement. Pour le bon déroulement de la rencontre, arrêter les cellulaires. Chacun doit veiller à respecter les autres participants et à ne pas les interrompre. Je vous demanderais aussi de parler dans un temps qui permette aux autres qui le désirent de s'exprimer. Avant que nous ne commencions, y-a-t-il des questions?

Préambule : Parcours de vie et vie actuelle

J'aimerais que nous commencions par une brève présentation de chacun. Vous pouvez donner votre nom, votre lieu de naissance et de résidence actuelle, etc. Si vous le désirez, vous pouvez mentionner quelques éléments de votre parcours de vie tels que votre vie professionnelle et ce qui vous plaît de nous faire connaître.

Thème 1 : Vieillesse

Vous avez tous 65 ans et plus et j'aimerais que nous parlions un peu du vieillissement.

1. Pour commencer, j'aimerais vous demander ce que signifie pour vous vieillir ?

- En quoi le fait d'avancer en âge change quelque chose dans votre façon de voir la vie et le monde ? Dans votre façon d'interagir avec les autres ?
- Qu'est-ce qui donne un sens à votre vie aujourd'hui ? Qu'est-ce qui est le plus important pour vous ?

Ces deux questions nous amènent au thème suivant : La santé

Thème 2 : Santé

Nous allons maintenant parler de la santé.

2. D'abord, j'aimerais savoir ce que la santé signifie pour vous ?

- En quoi le fait d'avoir 65 ans et plus influence ou change-t-il votre façon de voir la santé ? Quel lien est-ce que cela a avec votre origine ?
- Quand surviennent des problèmes (de santé ou la maladie) comment y faites-vous face ?
- Avez-vous des stratégies pour faire face à la souffrance ? Qu'est-ce qui vous apporte du bien-être ?
- Que faites-vous pour rester en santé ?

Thème 3 : Spiritualité

J'aimerais aborder avec vous la question de la spiritualité.

3. Qu'est-ce que la spiritualité pour vous ? Qu'est-ce que ça signifie ? Je dis « spiritualité », mais peut-être avez-vous d'autres mots pour en parler ?

- Certaines personnes parlent de spiritualité et d'autres de religion, quelle différence faites-vous entre les deux ?
- Quelle place occupe la spiritualité dans votre vie ? Comment cela se traduit ? Pouvez-vous en parler ? (Relancer en parlant de rituels, pratiques religieuses, église, prières. Dans votre vie habituelle quelles sont les ressources religieuses ou spirituelles (personnes consultées, rituels, etc.) que vous mobilisez ?
- En quoi le fait de vieillir ou d'avoir 65 ans et plus influence ou change quelque chose à votre façon de voir et vivre la spiritualité ? Comment ?

- Qu'est-ce que le fait d'être originaire de X (pays) influence dans votre façon de voir la spiritualité ?
- Selon vous, est-ce que votre spiritualité change votre rapport avec vos proches et avec la société en général ?
- Est-ce que l'absence de spiritualité dans votre vie change votre rapport avec vos proches et avec la société en général ?

Thème 4 : Lien entre spiritualité et santé

Pour terminer, j'aimerais aborder avec vous la question du lien entre la spiritualité et la santé.

4. Selon-vous, quel lien voyez-vous entre la spiritualité et la santé ?

- Dans quelle mesure la spiritualité (ou la non spiritualité) influence la façon dont vous voyez la santé, votre comportement face à la maladie ou même la maladie ? Comment?
- D'après vous est-ce que la spiritualité dont nous avons parlé depuis tantôt doit être prise en compte dans les services sociaux et de santé aux personnes âgées ? Si oui, comment pensez-vous que cela pourrait se faire ?
- Que pensez-vous de la spiritualité avec votre médecin ou un autre professionnel de la santé ?
- Selon vous est-ce que les médecins, infirmières ou autre professionnel de santé devraient parler de la spiritualité avec les personnes âgées qu'ils accompagnent ou soignent?
- Vous personnellement, est-ce que vous avez expérimenté des situations où votre spiritualité a eu une influence sur votre santé ? Pouvez-vous en parler?

Nous arrivons ainsi au terme de notre rencontre. Y-a-t-il des aspects que nous n'avons pas abordés et dont vous auriez souhaité parler?

Questionnaire sociodémographique

	Participant 1	Participant 2	...	Participant n
Âge				
Sexe				
Pays d'origine				
Âge à l'arrivée au Québec				
Statut à l'arrivée au Québec				
Statut civil				

	Participant 1	Participant 2	...	Participant n
Nombre d'enfants				
Nombre de frères et sœurs				
Appartenez-vous à un groupe spirituel ou religieux ?				
Où résidez-vous et avec qui ?				
Scolarité				
Emploi actuel				
Emploi antérieur				
Depuis quand êtes-vous en retraite ?				
Activités/ loisirs actuels?				
Problèmes de santé/opérations				
Revenus annuels				

ANNEXE F INTERVIEW GUIDE

Project title: Spirituality and its link to health: a point of view of the elderly from an interactionist perspective and an intercultural approach

Preliminaries

You've agreed to participate in a focus group on aging, spirituality and health, and I thank you. This interview lasts approximately two hours. It's an essential moment of my thesis in a Health and Society program at the University of Quebec in Montreal.

As I told you, it will be recorded. Your answers are strictly confidential and will be used as part of an anonymous processing of the content of the interview. For all the issues addressed, there is no right or wrong answer. It's really your point of view that is of interest. We don't seek to have a single opinion or a consensus. It is the different perspectives that enrich the exchange. I remind you that you are not obliged to answer all questions. If someone wishes, he can stop his participation at any time of the discussion.

Please, give your name each time you start speaking to facilitate the transcription. For the success of the meeting, everyone has to respect other participants and to avoid interrupting them. Please speak in a time that allows others who wish to speak to do it also. Before we start is there any question?

Preamble: life and present life course

I'd like us to start with a short presentation of each. Can you give your name, place of birth and current residence, etc.? If you wish, you can mention a few elements of your life course such as your work and what you like to let us know. It is with pleasure that I give you the floor.

Theme 1: Ageing

You all have 65 years and over and I'd like to talk a bit of aging.

1. To start, I would like to ask you what it means for you to grow old.

- What does the fact of being 65 and more change in your way to see the world? In your way of interact with others?
- What makes your life meaningful today? What is most important to you?
- What does the fact of being original of (country) influence your way of seeing aging?

These questions bring us to the next theme: Health

Theme 2: Health

Now we're going to talk about health.

2. First, I would like to know what health means to you.

- What does the fact of being 65 and older influence or change the way you see health?
- What does the fact of being of X origin, influence the way you see health?
- When problems arise (of health or disease) how do you deal with?
- Do you have strategies to deal with grief? What brings you wellbeing?
- What do you do to stay healthy?

Theme 3: Spirituality

I would like to address the question of spirituality.

3. What is spirituality for you? What does it mean? I say "spirituality" but maybe you other words to talk of that?

- Some people talk about spirituality and other religion, which difference do you make between the two? how?
- Is spirituality a dimension present in your life? What does this mean? Can you talk about? (rituals, religious practices, church, prayers , etc.).
- What does the fact of getting older or having 65 and more influence or change in your way of seeing and living the spirituality? If yes, how ?
- Does being a native of X influences how you see spirituality?
- In your opinion, what does the presence of a spiritual dimension in your life change in your relationship with your family and with the society in general?

Theme 4: Link between spirituality and health

Finally, I would like to address the question of the link between spirituality and health.

4. According to you, what link do you see between spirituality and health?

- What does spirituality (or lack of spirituality) influence the way you see health and the behavior towards the disease? Do you have any examples?
- What do you think about talking of spirituality with your doctor or other health professional?
- In your opinion, what do older people will use when they are sick?
- In your opinion should doctors, nurses or other healthcare professional talk about spirituality with the elderly they accompany or treat?
- You personally, have you experienced situations where your spirituality (or "non-spiritual") had an influence on your health? Can you talk about?

We've come to the end of our meeting. Are there some aspects that we have not addressed and which you would have liked to talk about?

Thank you for your participation.

ANNEXE G

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Vieillessement, spiritualité et santé Une perspective interactionniste pour questionner le sens de la spiritualité et son lien avec la santé auprès des aînés des communautés ethnoculturelles du Québec
Nom de l'étudiant:	Agnès Florette NOUBICIER
Programme d'études:	Doctorat interdisciplinaire en santé et société
Direction de recherche:	Michèle CHARPENTIER

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Conditions particulières

Commentaires

Étant donné le but de sonder différentes «communautés ethnoculturelles» à Montréal sur la question de recherche, nous nous demandons si le choix des groupes en fonction des «vagues d'immigration» ne fait pas en sorte que les membres des communautés autochtones soient systématiquement exclus de l'échantillon (à l'encontre des principes de «Justice et équité dans la participation à la recherche» du EPTC2).



Thérèse Bouffard
Présidente du CERPE 4 : Faculté des sciences humaines
Professeure, Département de psychologie

BIBLIOGRAPHIE

- Abdallah-Pretceille, M. (2017). Le multiculturalisme en question. Dans M. Abdallah-Pretceille (éd.), *L'éducation interculturelle* (p. 26-44). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- Agli, O., Bailly, N., & Ferrand, C. (2015). Spirituality and Religion in Older Adults with Dementia: a Systematic Review. *International Psychogeriatrics*, 27(05), 715-725.
- Antoine, P. (2007). Introduction. Dans P. Antoine (dir.) *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle* (p. 9-17). Ceped, collection Rencontres, Paris.
- Argoud, D. et Puijalon, B. (2003). Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux, *Gérontologie et société*, 106, 23-39.
- Assagioli, R. (1994). *Le développement transpersonnel*. Paris : Desclée de Brouwer. (Ouvrage original publié en 1988).
- Association catholique canadienne de la santé. (1996). *Spiritualité et santé : Ce qui est bon pour l'âme l'est aussi pour le corps*, Ottawa, ACCS.
- Association of American Medical Colleges (AAMC). (1999). *Report III Contemporary Issues in Medicine*. Medical school objectives project (MSOP III). Washington, DC: AAMC. Retrieved from <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/927531>
- Atchley, R. C. (1972). *The Social forces in later life: an introduction to social gerontology*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Atchley, R. C. (2009). *Spirituality and aging*. Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
- Atchley, R. C. (2016). Spirituality and Ageing: Yesterday, Today and Tomorrow. In J. Walker & M. Jonhson, *Spiritual Dimensions of Ageing* (pp. 13-3.1). Cambridge University Press.

- Attias-Donfut, C. et Rosenmary, L. (1994). *Vieillir en Afrique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bailly, N., Roussiau, N. et Fleury-Bahi, G. (2011). Étude des liens entre les croyances religieuses et spirituelles, la santé et l'âge. *Bulletin de psychologie*, 2(512), 149-154.
- Baltes, P. & Smith, J. (2003). New Frontiers in the Future of Aging: from Successful Aging of the Young-Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology: Behavioural Science Section/Review*, 49, 123-135.
- Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches qualitatives*, 28(1), 133-148.
- Baszanger, I. (1995). *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Paris : Seuil, La couleur des idées.
- Battaglini, A., Désy, M., Dorval, D., Poirier, L.-R., Fournier, M., Camirand, H. et Fecteau, D. (2007). L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate. *Direction de la santé publique*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montréal, Santé publique.
- Baudrillard, J. et Guillaume, M. (1994). *Figures de l'altérité*, Paris : Descartes et Cie.
- Becker, H. S. (2006). *Le travail sociologique*. Fribourg: Academic Press Fribourg.
- Bégot, A.-C. (2004). La gestion spirituelle du VIH/Sida: parcours biographique et construction identitaire, *Sciences sociales et santé*, 22(2), 41-60.
- Bégot, A.-C. (2011). La gestion du fait religieux au sein de l'institution médicale est-elle un facteur d'exclusion? Perspectives historiques et étude de cas. Dans G. Jobin (dir), *Sida, rites et hospitalité aux croisements de la santé et de la spiritualité* (p. 53-72). Les Presses de l'Université Laval.
- Bekhet, A.K. et Zauszniewski, J.A. (2012). Mental Health of Elders in Retirement Communities. Is Loneliness a Key Factor? *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(3), 214-224.
- Bélanger, B. et Charbonneau, C. (2014). Reconnaître et accompagner l'expérience spirituelle en fin de vie. *Les Cahiers francophones de soins palliatifs*, 14(1), 47-56.

- Bellefleur-Raymond, D. (2005). *Accompagner des adultes dans la foi. L'andragogie religieuse*. Bruxelles, Belgique: Éditions Novalis, coll. Lumen Vitae.
- Benson, H. (1996). *Timeless healing: The power of biology of belief*. Schribners: New York.
- Berger, P., et Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité* (trad. P. Taminiaux). Paris: Méridiens-Klincksieck.
- Berry, D. (2005). Methodological Pitfalls in the Study of Religiosity and Spirituality. *Western Journal of Nursing Research*, 27, 628-647.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives* 26(2), 1-18. Récupéré de <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Boduroglu, A., Yoon, C., Luo, T., & Park, D. C. (2006). Age-Related Stereotypes: A Comparison of American and Chinese Cultures. *Gerontology*, 52(5), 324-333.
- Boston, P. Mount, B.M., Orenstein S. & Freedman, O. (2001). Spirituality, Religion, and Health. The Need for Qualitative Research, *Annales CRMCC*, 34(6), 368-374.
- Bouchard, G. (2011). Qu'est-ce que l'interculturalisme? *McGill Law Journal/Revue de droit de McGill*, 56(2), 395-468.
- Bouchard, G. et C. Taylor. (2008). *Fonder l'avenir : Le temps de la conciliation*. Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles. Québec, Gouvernement du Québec.
- Boumaza, M. (2001). L'expérience d'une jeune chercheuse en "milieu extrême" : Une enquête au Front national, *Regards sociologiques*, 22, p. 105-121.
- Boumaza, M. et Campana, A. (2007). Enquêter un milieu « difficile » : Introduction. *Revue française de science politique*, 57(1), 5-25.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., et Passeron, J.-C. (2005). *Le métier de sociologue : préalables épistémologiques* (5e éd.). Berlin : Mouton de Gruyter.
- Brandt, P.-Y. (2015). L'aumônier, un soignant parmi d'autres ? Intégration de l'appartenance religieuse et de la spiritualité dans le cadre thérapeutique. Dans

- Jobin et al. (Dir) *L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie* (p. 11-22). Religio. Presses de l'université de Louvain.
- Breton, J.C. (1992). *Pour trouver sa voie spirituelle*, Montréal : Fides.
- Brown, T. L., Brechting, E., & Carlson, C.-R. (2007). Religiousness, Spirituality, and Social Support: How are they Related to Undergraduate Drinking among College Students? *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 17, 15-39.
- Burkhardt, M.A. (1989). Spirituality: An Analysis of the Concept. *Holistic Nursing Practice*, 3, 69-77.
- Büssing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. F. (2005). Role of Religion and Spirituality in Medical Patients in Germany. *Journal of Religion and Health*, 44(3), 321-340.
- Buxton, F. (2007). Spirituality. Spiritual Distress and Integrity in Palliative and Non-Palliative Patients. *British Journal of Nursing*, 16, 920-924.
- Cadge, W. (2009). Prayers in the Clinic: How Pediatricians and Pediatric Oncologists Respond. *Southern Medical Journal*, 102(12), 1218-1221.
- Cadge, W. & Ecklund, E. (2007). Immigration and Religion. *Annu. Rev. Sociol.*, 33(17), 1-17.21.
- Cadge, W. & Short, N. (2009). Religion and Spirituality : A Barrier and a Bridge in the Everyday Professional Work of Pediatric Physicians. *Social Problems*, 56(4), 702-721.
- Callahan, D. (2015). How I Lost or Found? My Way in Bioethics. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 24(3), 246-251.
- Callon, M., Lascoumes, P., et Barthe, P. (2001). *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique*. Paris : Seuil.
- Campenhoudt, L. V., Chaumont, J.-M., et Franssen, A. (2005). *La méthode d'analyse en groupe. Application aux phénomènes sociaux*. Paris : Dunod.
- Camus, P. (1999). *Paroles magiques : secrets de guérison*, Paris : Imago.
- Canda, E. R., & Furman, L. D. (2010). *Spiritual diversity in social work practice: the heart of helping* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

- Cardinal, L., M.-C. Langlois, D. Gagné, et Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec.
- Chao, C. C., Chen, C., Yen, M. (2002). The Essence of Spirituality of Terminally Ill Patients. *Journal of Nursing Research*, 10, 237-244.
- Chappell, N., Gee, E., McDonald, L. & Stones, M. (2003). *Aging in Contemporary Canada*. Toronto. Prentice Hall.
- Charbonneau, C. & Bélanger, B. (2014). Identification of Spiritual and Religious Needs of Terminally ill Patients Receiving Palliative Home-Care. *Journal for the Study of Spirituality*, 3(1), 33-45.
- Charpentier, M. et A. Quénart (2015). Les représentations du vieillissement de femmes âgées québécoises et immigrantes. Dans Lagacé, M. (dir.) *Représentations et discours sur le vieillissement. La face cachée de l'âgisme* (p. 246-264). Presses de l'Université Laval.
- Charpentier, M. et Quénart, A. (2014). Les femmes âgées immigrantes et leur rapport au vieillissement. (CRSH 2011-2014). Subvention de recherche.
- Charpentier, M. (2010). Inégalités des défis liés aux vieillissements. Dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J-P., Grenier, A. et I. Olazabal (dir.), *Vieillir au pluriel : Perspectives sociales* (p. 109-114). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Charpentier, M. et Quénart, A. (2015). Les âgées immigrantes : des femmes résilientes se sentant plus libres. Dans M. Vatz-Laroussi *Les rapports intergénérationnels dans la migration. De la transmission au changement social*, (p. 41-54). PUQ.
- Charpentier, M., et Quénart, A. (2017). Experiences of Aging of Older Immigrant women in Quebec (Canada): From Deskelling to Liberation. *Journal of Women and Aging*, 29(5), pp. 437-447.
- Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J-P., Grenier, A. et Olazabal, I. (dir.). (2010). Pour une gérontologie sociale du XXI^e siècle. Dans *Vieillir au pluriel : Perspectives sociales*, (p. xxix-xxxii). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.

- Charpentier, M., Soulières, M., et Kirouac, L. (2019). *Vieillir et vivre seul-e. Comprendre la diversité des expériences pour mieux intervenir*. Rapport de recherche. Chaire de recherche sur le vieillissement et la diversité citoyenne.
- Charron, J.M. (2013). Les orientations ministérielles pour l'organisation du service d'animation spirituelle en établissement de santé et de services sociaux: mise en contexte et analyse Dans *Spiritualité et biomédecine : enjeux d'une intégration*, (p. 99-112). Les Presses de l'Université de Laval.
- Chenouard, B. (2019). L'ethnopsychiatrie au Québec d'hier à aujourd'hui : méthodologie et enjeux. Dans Rachédi, L et B. Taïbi (dir.) *L'intervention interculturelle*, (3^{ème} éd. p. 169-191). Chenelière Éducation.
- Cherblanc, J. et G. Jobin, G. (2013). Vers une psychologisation du religieux? Le cas des institutions sanitaires au Québec. *Archives de sciences sociales des religions*, 58e Année, 163, 39-62.
- Chio, C., Shih, F., Chiou, J., Lin, H., Hsiao, F., Chen, Y. (2008). The Lived Experiences of Spiritual Suffering and the Healing Process Among Taiwanese Patients with Terminal Cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 735-743.
- Chiu, L. (2000). Lived Experience of Spirituality in Taiwanese Women with Breast Cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 22, 29-53.
- Clarkson, M., L. Pica et Lacombe, H. (2000). Religion, spiritualité et santé : une analyse exploratoire. Dans *Enquête sociale et de santé 1998* (p. 603-626). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Clarkson, M., Pica, L. et Lacombe. H. (1998). Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire. Dans *Enquête sociale et de santé* (2^e éd., p. 603-619). Institut de la Statistique du Québec.
- Cochrane, J.R. (2006). Religion in the Health of Migrant Communities: Asset or Deficit? *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 32(4), 715-736.
- Cohen, H. L., Thomas, C. L. & Williamson, C. (2008). Religion and Spirituality as Defined by Older Adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 51(3-4), 284-299.
- Cohen, M. Z., Holley, L. M., Wengel, S. P. & Katzmann, M. (2012). A Platform for Nursing Research on Spirituality and Religiosity: Definitions and Measures. *Western Journal of Nursing Research*, 34(6), 795-817.

- Cohen-Émérique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 71-91.
- Coleman, P. & O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and development*, Arnold, London.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L. et Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*. Université de Montréal.
- Cossette, R. (1996). La personne âgée et son besoin d'agir selon ses croyances spirituelles. Dans S. Lauzon et E. Adam (dir.), *La personne âgée et ses besoins* (p. 579-623). St-Laurent, ERPI,
- Cossette, R. et J. Pépin J. (2001). Vieillir et croître à travers les déclin, un défi spirituel avant tout. *Théologiques*, 9(2), 47-67.
- Cozort, R. W. (2008). *Revising the Gerotranscendence Scale for use with Older Adults in the Southern United States and Establishing Psychometric Properties of the Revised Gerotranscendence Scale*. Doctorat thesis. Faculty of The Graduate School at The University of North Carolina at Greensboro. Retrived from https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/Cozort_uncg_0154D_10037.pdf
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A, Larimore, W.L. & Koenig, H.G. (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality-The Forgotten Factor. *The Gerontologist*, 42(5), 613-620.
- Cumming, E. & Henry, W.E. (1961). *Growing old, the process of desengagement*. Basic Books.
- Demers, F. (2010). La tentation de la généralisation : Retour réflexif sur cinq focus group. *Recherches qualitatives*, 29(1), 110-128.
- Dossey, B.M., Keegan, L., Guzzetta, C.E. & Kolkmeier, L.G. (1995). *Holistic nursing: A handbook for practice* (2nd ed.). Aspen, Gaithersburg, MD.
- Drageset, J., Espehaug, B. & Kirkevold, M. (2012). The Impact of Depression and Sense of Coherence on Emotional and Social Loneliness among Nursing Home Residents without Cognitive Impairment - a Questionnaire Survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 965-974.
- Duchesne S. et Haegel F. (2008). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien collectif*. Paris : Armand Colin

- Dufour, B., Fourez, G. et Maingain, A. (2002). Comment construire une représentation de « sa » ville pour y favoriser l'intégration sociale, dans la perspective de valeurs éthiques? Une méthodologie interdisciplinaire pour des formateurs. *Cahiers pédagogiques*, 9. Récupéré de <http://www.fundp.ac.be/universite/asbl/interfaces/revues/cip>.
- Durckheim, K. (1987). *L'expérience de la transcendance*. Paris : Editions du Cerf.
- Durckheim, K. (1991). *La voie de la transcendance. L'homme à la recherche de son intégralité*. Paris : Editions du Rocher.
- Edlund, B. J. (2014). Revisiting Spirituality in Ageing. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(7), 4-5.
- Edmunds, H. (1999). *The Focus group research handbook*. Lincolnwood, IL: NTC Business Books.
- Ehman, J. W. (1999). Do Patients Want Physicians to Inquire about their Spiritual or Religious Beliefs if they Become Gravely Ill? *The Archives Internal Medicine*, 159(15), 1803-1806.
- Erikson, M. H. & Rossi, E. L. (1977). Autohypnotic Experiences of Milton H. Erikson. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 20(1), 36-54.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: W. W. Norton.
- Falissard B (2016). Les « médecines complémentaires » à l'épreuve de la science. *Recherche et Santé*, 146, 6-7. Récupéré de <http://blogensante.fr/2013/09/16/definir-la-notion-dintervention-non-medicamenteuse/>
- Fitchett, G., & Canada, A. L. (2010). *The Role of Religion/Spirituality in Coping with Cancer: Evidence, Assessment, and Intervention*. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (2nd ed. pp 440-446). New York: Oxford University Press.
- Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press, Simon and Schuster.
- Frazer, E. (1988). Teenage Girls Talking about Class. *Sociology*, 22(3), 343-358.
- Furstenberg, F. (2003). Teenage Childbearing as a Public Issue and Private Concern. *Annual Review of Sociology*, 29, 23-39.

- Gaillard-Desmedt, S. et Shaha, M. (2013). La place de la spiritualité dans les soins infirmiers : une revue de littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 4(115), 19-35.
- Gallup, G. (2002). The religiosity cycle. *Gallup Tuesday Briefing*. Retrived from <http://www.gallup.com/poll/tb/religValue/20020604.asp>.
- Gelfand, D. E., Balcazar, H., Parzuchowski, J., & Lenox, S. (2001). Mexicans and Care for the Terminally Ill: Family, Hospice, and the Church. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 18(6), 391-396.
- Giasson, M., Leroux, G., Tardif, H. et Bouchard, L. (1999). Le toucher thérapeutique : une nouvelle façon d'aider les personnes atteintes de démence de type Alzheimer. *L'Infirmière du Québec*, 6(6), 38-47.
- Giacomo, Costa. (2014). La laïcité à l'italienne. *Revue Projet*, 5(342),
- Giordano Y. (2003). *Conduire un projet de recherche: une perspective qualitative*. Paris, Management et société EMS éditions.
- Grenier, J. (2011). Regards d'aînés sur le vieillissement : autonomie, reconnaissance et solidarité. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 36–50.
- Guérin, S. (2012). *Spiritualité, dimension spirituelle et travail social : proposition d'un modèle multidimensionnel pour l'intervention psychosociale : une perspective multidisciplinaire*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec en Outaouais. Récupéré de <http://di.uqo.ca/cgi/>
- Hamel, S., Lefrançois, R. et Dubé, M. (2003). Actualisation et santé biopsychosociale des personnes âgées de 60 ans et plus. *Interactions*, 7(2), 47-70.
- Hamel, S., Lefrançois, R. et Leclerc, G. (1999). La transcendance de soi : une tentative de définition. *Revue québécoise de psychologie*, 20(3), 27-44.
- Harrison, R.L. (1997). Spirituality and Hope: Nursing Implications for People with HIV Disease. *Holistic Nursing Practice*, 12, 9-16.
- Helly, D. (2005). La gestion de la différence religieuse au Canada et le cas de l'islam. *Revue marocaine d'études internationales*, 13, 57-83.
- Herve-Desirat, E. (2009). Spiritualité. Dans Formarier, M et L.Jovic (éds.), *Les concepts en sciences infirmières* (p. 258-261). ARSI Editions Mallet Conseil.

- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality: Implications for Physical and Mental Health Research. *American Psychologist*, 58, 664-674.
- Hill, P.C. & Hood, R.W. (1999). *Measures of religiosity*. Birmingham, Ala: Religious Education Press. Retrieved from http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/fs-fi/index.cfm?Lang=FRA&TOPIC_ID=11&PRCODE=24
- Houde, R. (1986). *Les temps de la vie; le développement psychosocial de l'adulte selon la perspective du cycle de la vie*. Chicoutimi: Gaétan Morin.
- Institut National de la santé publique du Québec (INSPQ). (2015). *Population âgée de 65 ans et plus*. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/santescopes/syntheses/population-agee-de-65-ans-et-plus>.
- International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of ethics for nurses*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Jackson, D., Doyle, C., Capona, H. & Pringle, E. (2016). Spirituality, Spiritual Need, and Spiritual Care in Aged Care: What the Literature Says. *Journal of Religion, Spiritual and Aging*, 28, 1-16.
- Jaeger, C. (2018). Physiologie du vieillissement. EMC - *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 14(1), 1-11.
- Jobin, G. (2011). La spiritualité : facteur de résistance au pouvoir biomédical de soigner ? *Revue d'éthique et de théologie morale*, /HS, 266, 131-149.
- Jobin, G. (2011). *Sida, rites et hospitalité : Aux croisements de la spiritualité et de la santé*. Les Presses de l'Université Laval.
- Jobin, G. (2012). *Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*. Bruxelles : Lumen Vitae, Soins et spiritualités.
- Jobin, G. (2015). Spiritualité et interdisciplinarité dans le monde du soin, *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 15(1), 11-22.
- Jobin, G., Charron, J.-M. et Nyabenda, M. (dir). (2013). *Spiritualités et biomédecine: enjeux d'une intégration*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Jung, C. G. (1917). On the psychology of the unconscious. In *Two essays on analytical psychology*, Collected works 7.

- Kaplan, D. B., et Berkman, B. J. (2016). Religion et spiritualité chez les personnes âgées. *Le manuel MSD*. Récupéré de <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gériatrie/problèmes-sociaux-chez-les-personnes-religion-et-spiritualité-chez-les-personnes-âgées>
- Khanlou, N. & Peter, E. (2005). Participatory Action Research: Considerations for Ethical Review. *Social Science & Medicine*, 60(10), 2333-2340.
- King, M. B. & Koenig, G.H. (2009). Conceptualising Spirituality for Medical Research and Health Service Provision. *BMC Health Services Research*, 9(116), 1-7. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/116>
- Koenig, H. G. (2001). Religion and medicine II: Religion, Mental Health and Related Behaviors. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 3(1), 97-109.
- Koenig, H. G. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: a Review. *Canadian Journal of psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Koenig, H. G. (2012). Commentary: Why Do Research on Spirituality and Health, and What Do the Results Mean? *Journal of Religion and Health*, 51(2), 460-467.
- Koenig, H. G. (2013). *Spirituality in patient care: why, how, when, and what* (3rd ed). West Conshohocken, PA: Templeton Press.
- Koenig, H. G. (2018). *Religion and mental health: research and clinical applications*. New York: Academic Press.
- Koenig, H. G., McCullough, M. & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. New York, NY: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*, 1, 78-85.
- Koenig, H. G., D. E. King & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health* (2nd ed.). Oxford University Press, New York, NY, USA,
- Koenig, H. G., Boucher, A. N., Oliver, P. J., Youssef, R. N., Mooney, M. S., Currier, M. J. & Pearce, M. M.. (2017). Rationale for Spiritually Oriented Cognitive Processing Therapy for Moral Injury in Active Duty Military and Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(2), 147-153.

- Krueger, R. A. (1994). *Focus group. A practical guide for applied research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lacombe, H., Pica L. et Clarkson, M. (2002). Spiritualité, religion et santé chez des immigrants récents : une approche exploratoire. Dans *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque : étude auprès des communautés culturelles* (p. 319-332). Institut de la statistique, Gouvernement du Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, (1998-1999). Gouvernement du Québec, Publication officielle.
- Laplantine, F. (1995). *L'anthropologie*. Paris : Payot.
- Larochelle, M., et Désautels, J. (2001). Les enjeux socioéthiques des désaccords entre scientifiques : un aperçu de la construction discursive d'étudiants et étudiantes. *Revue canadienne de l'enseignement des sciences, des mathématiques et des technologies*, 1(1), 39-60.
- Lazenby, J. M. (2010). On "Spirituality," "Religion," and "Religions": A Concept Analysis. *Palliative & Supportive Care*, 8, 469-476.
- Le Breton, D. (2012). Les grands axes théoriques de l'interactionnisme. Dans D. Le Breton (dir.), *L'interactionnisme symbolique* (p. 45-98). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- Le Deun, P. et Gentric, A. (2007). Vieillesse réussie. Définitions, stratégies préventives et thérapeutiques. *Médecine thérapeutique*, 13, 3-16.
- Le Gall, J. et Xenocostas, S. (2011). L'adaptation des soins sociosanitaires de première ligne à la diversité religieuse : l'exemple du Québec. *Ethnologies*, 33(1), 169-189.
- Le Gall, J., Xenocostas, S. et Lemoyne-Dessaint, S. (2012). Manifestations du fait religieux dans les institutions de santé de première ligne au Québec. *Alterstice*, 2(2), 23-34.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. & Raymond, E. (2010). Inventory and Analysis of Definitions of Social Participation Found in the Aging Literature: Proposed Taxonomy of Social Activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149.
- Levesque, J.-F., Pineault, R., Robert, L., Hamel, M., Roberge, D., Kapetanakis, C., Simard, B. et Laugrand, A. (2007). Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne? Dans *L'accessibilité et la continuité des services : une étude sur la première ligne au*

Québec. ESPSS, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique Institut national de santé publique du Québec
Récupéré de <https://www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html>

Loi sur la laïcité de l'État (LQ). (2019). C. Récupéré de
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynam>

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) (2006). L.R.Q. c. S-4.2, art 100 : 87.

Macé, C. (2011). D'une perspective normative vers une perspective interactionniste compréhensive pour aborder le concept de résilience. *Recherches qualitatives*, 30(1), 274-298. Récupéré de <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

MacKinlay, E. B., & Trevitt, C. (2007). Spiritual Care and Ageing in a Secular Society. *Medical Journal of Australia*, 186(10), S74–S7.

Maddox, M. (2000). Spiritual Wellness in Older Women. *Journal of Christian Nursing*, 17(1), 27-29.

Mandhouj, O. (2015). Troubles mentaux sévères et ressources spirituelles, *European Psychiatry*, 30(8), S26-S27.

Manning, L. K. (2014). Enduring as Lived Experience: Exploring the Essence of Spiritual Resilience for Women in Late Life. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 352-362.

Maslow, A. (1971/1993). The Farther Reaches of Human Nature. *New York (NY)*: Penguin Arkana.

Mazzocato, C. et David, D. (2008). La spiritualité en soins palliatifs. *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois*, (5), Récupéré de
<http://www.svmed.ch/publications/rapports-dactivites>

McBrien, B. (2006). A Concept Analysis of Spirituality. *British Journal of Nursing*. 15(1) Retrieved from <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2006.15.1.20309>

Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Meadows, L. M., W. E. Thurston & Melton, C. (2001). Immigrant Women's Health. *Social Science and Medicine*, 52, 1451-1458.

- Meintel, D. et Mossière, D. (2011). Tendances actuelles des rituels, pratiques et discours de guérison au sein des groupes religieux contemporains. Quelques réflexions. *Ethnologies*, 33(1), 5-18.
- Ministère de l'immigration, de la francisation et de l'intégration. (2020). Plan d'immigration du Québec 2020. Récupéré de https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/immigration/publications-adm/plan-immigration/PL_immigration_2020_MIFI.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). Plan directeur du développement des compétences des intervenants en soins palliatifs. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000671/>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2001). Cadre de référence pour l'organisation de la pastorale en établissements de santé et de services sociaux. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001389/>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2001). Protocole d'entente entre le MSSS et les autorités religieuses concernant les services de pastorale des établissements de santé et de services sociaux. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-protocole.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2010). Orientations ministérielles pour l'organisation du service d'animation spirituelle en établissements de santé et de services sociaux. Québec. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/types/orientations-ministerielles>
- Moal, G. (2013). *Influence de la spiritualité des personnes âgées sur leurs motivations à voyager : une approche par la théorie de la gérotranscendance*. (Thèse de doctorat). Gestion et management. Université de Bretagne occidentale, Brest. Récupéré de <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00789563/document>
- Moberg, D. O. (2008). Spirituality and Aging: Research and implications. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 20(1-2), 95-134.
- Moberg, D.O. (2001). *Aging and spirituality: spirituality dimension of aging, theory, research, practice, and policy*. New York: Haworth Pastoral Press.
- Mok, E., Wong, D. & Wong, M.K.Y. (2010). The Meaning of Spirituality and Spiritual Care Among the Hong Kong Chinese Terminal Ill. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 60-70.

- Molgat, M. (2015). Définir, construire et redéfinir le travail social. Dans J. P. Deslauriers et D. Turcotte (dir.), *Introduction au travail social* (3^e éd., p 9-28). Québec : Presses de l'université Laval.
- Monod_Zorzi S. (2012). *Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité ?* Bruxelles, Éditions Lumen Vitae.
- Monod-Zorzi, J. et Rochat E. (2009). Conférences Publiques de la chaire RSS, Soins et spiritualité: comment prendre en compte la dimension spirituelle des patients? 17 novembre, Pavillon De Koninck, salle 1-E Université Laval.
- Monod-Zorzi, S. (2016). *Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité ?* (3^e éd.). Bruxelles, Éditions Lumen Vitae.
- Monod-Zorzi, S., Rochat, E., & Büla, C. (2006). Spirituality and Elderly Patients. *Revue Médicale Suisse* 1, 2(85), 2488-90.
- Monod-Zorzi, S., Rochat, E., et Büla, C. (2006). Quelle place donner à la sphère spirituelle dans la prise en charge des patients âgés ? *Revue Médicale Suisse* 2(85) Récupéré de <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=31758>.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morissette, J. (2011). Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages II. *Recherches qualitatives*, 29(3), 7-32.
- Morissette, J. (2011). Vers un cadre d'analyse interactionniste des pratiques professionnelles. *Recherches qualitatives*, 30(1), 10-32.
- Morse, J. M. (1994). Developing QHR. *Qualitative Health Research*, 4(4), 347-348.
- Mossière G. & Meintel D. (2010). Tradition and Transition: Immigrant Religious Communities in Urban Contexts (Québec). In R. D. Hecht & V. F. Biondo (dir.). *Religion in the Practice of Daily Life* (pp. 481-508). Santa Barbara, États-Unis: Praeger.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A. & Benton, T. F. (2004). Exploring the Spiritual Needs of People Dying of Lung Cancer or Heart Failure: A Prospective Qualitative Interview Study of Patients and their Carers. *Palliative Medicine*, 18, 39-45.

- Nelson-Becker, H. (2003). Practical Philosophies: Interpretations of Religion and Spirituality by African-American and Jewish Elders. *Journal of Religious Gerontology*, 14(2/3), 85-90.
- Nelson-Becker, H. & Canda, E. R. (2008). Spirituality, Religion, and Aging Research in Social Work: State of the Art and Future Possibilities. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 20, 177-193.
- Noubicier, A. F. et Charpentier, M. (2013). Vieillesse réussie : perception des femmes âgées immigrantes de l'Afrique noire à Montréal. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 277-295.
- Noubicier, A.F. (2012). *Perception du vieillissement réussi chez les femmes âgées d'Afrique noire de Montréal*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal. Récupéré de <https://archipel.uqam.ca/5711/>
- Nshimrimana, L. (2003). Vieillesse et culture. Du bon usage des personnes âgées. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 31, 46-60.
- Okon, T.R. (2005). Palliative Care Review: Spiritual, Religious and Existential Aspects of Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 8(2), 392-414.
- Organisation Mondiale de la santé. (1948). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Conférence internationale sur la Santé, New York. Récupéré de <https://pediatriesociale.fondationdrjulien.org/ressources/preambule-a-la-constitution-de-lorganisation-mondiale-de-la-sante/>
- Oser, F., Gmünder, P. et Ridez, L. (1991). *L'homme, son développement religieux*. Paris : Éditions Du Cerf.
- Osiek-Parisod, F. (1996). La santé globale : avantages et limites d'une référence professionnelle incontournable. Dans *Objectif Soins*, 42. Récupéré de <http://www.lereservoir.eu/pdf/pv/bibliotheque/sociologie%20sante/sante%20globale.pdf>
- Oxhandler, H.K. & Pargament, K.I. (2014). Social Work Practitioners' Integration of Clients' Religion and Spirituality in Practice: A Literature Review. *Social Work*, 59(3), 271-279.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^{ème} éd. revue et augmentée) Paris : Armand Colin.

- Pargament, K. I. & Brandt, C. (1998). Religion in Coping. In H. G. Koenig (ed.). *Handbook of religion and mental health* (pp. 111-128). New York: Academic.
- Pargament, K.I. (1999). The Psychology of Religion and Spirituality ? Yes and No, *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 3-16.
- Pargament, K. I. (2013, March 22). Interview: What Role Do Religion and Spirituality Play In Mental Health? Five questions for Psychology of Religion and Spirituality. *American Psychological Association (APA)*. Retrieved from <http://www.apa.org/news/press/releases/2013/03/religion-spirituality.aspx>.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar N. & Hahn, J. (2001). Religious Struggle as a Predictor of Mortality among Medically Ill Elderly Patients: A 2-Year Longitudinal Study, *Archives of Internal Medicine*, 161(15), 1881-1885.
- Parker, M. W., Fuller, G.F., Koenig, H. G., Bellis, J.M., Vaitkus, M.A., Barko, W. F., Eitzen, J. (2001). Soldier and Family Wellness across the Life Course: A Developmental Model of Successful Aging, Spirituality, and Health Promotion, Part II. *Military Medicine*, 166(7), 561-570.
- Pépin, J. et Cara, C. (2001). La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières, *Théologiques* 9(2), 33-46.
- Pesut, B. & ReimerKirkham, S. (2010). Situated Clinical Encounters in the Negotiation of Religious and Spiritual Plurality: A Critical Ethnography. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 815-825.
- Peteet, J.R., Al Zaben, F. & Koenig, H.G. (2019). Integrating Spirituality into the Care of Older Adults. *International Psychogeriatrics*, 31(1), 31-38.
- Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal, Chenelière Éducation.
- Phaneuf, M. (2013). *3e partie : L'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture*. Récupéré de <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02>.
- Piaget, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Paris, Delachaux et Niestlé.
- Piedmont, R. L. (2005). The Role of Personality in Understanding Religious and Spiritual Constructs. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 253-273). New York, NY: Guilford Press.

- Pike, J. (2011). Spirituality in Nursing: a Systematic Review of the Literature from 2006–10. *British Journal of Nursing*, 20(12), 743-749.
- Plan d'immigration du Québec. (2018). Ministère de l'immigration, de la diversité et de l'inclusion. Québec. Récupéré de https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/immigration/publications-adm/plan-immigration/PL_immigration_2018_MIDI.pdf
- Poupart, J. (2011). De l'usage des perspectives interactionnistes en recherche. *Recherches qualitatives*, 30(1), 178-199. Récupéré de <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- Poupart, J. (2011). Tradition de Chicago et interactionnisme: des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance. *Recherches qualitatives*, 30(1), 178-199.
- Protocole d'entente entre le MSSS et les autorités religieuses concernant les services de pastorale des établissements de santé et de services sociaux. (2001). Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001392/>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K. & Reller, N. (2014).. *Journal of palliative medicine*, 17(6), 642-56.
- Puchalski, C.M. (2001). The Role of Spirituality in Health Care. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 14, 352–357.
- Puchalski, C.M. (2007). Spirituality and the Care of Patients at the End-of-Life: An Essential Component of Care. *Omega*, 56(2), 33-46.
- Puchalsky, C. & Roemer, A.L. (2000). Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients more Fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3, 129-137.
- Pujol, N. (2014). Analyse critique du concept de sacré chez Kenneth I. Pargament dans la définition de la spiritualité en contexte médical. *Laval théologique et philosophique*, 70(2), 275-290.
- Pujol, N., Jobin, G. et S. Beloucif, S. (2014). Quelle place pour la spiritualité dans le soin ? *Esprit*, 6, 75-89.
- Rachédi, L. (2019). Migrations et frontières politiques à l'échelle internationale et locale. Dans Rachédi, L et B. Taibi (dir) *L'intervention interculturelle* (3^{ème} éd. p. 7-35). Chenelière Éducation.

- Raymond, É., Grenier, A. et Lacroix, N. (2016). La participation dans les politiques du vieillissement au Québec : discours de mise à l'écart pour les aînés ayant des incapacités? *Revue Développement humain, handicap et changement social*, 22(1), 5-21.
- Raymond, É., Sévigny, A., et Tourigny, A. (2015). *Interventions évaluées visant la participation sociale des aînés : fiches synthèses et outil d'accompagnement*. Québec: Institut national de santé publique du Québec et partenaires.
- Reed, P.G. (1991). Spirituality and Mental Health in Older Adults: Extant Knowledge for Nursing. *Family and Community Health*, 14, 14–25.
- Reif, C.; Bommier, C. et Tudrej, B.V. (2019). Spiritualité et cancérologie - Enjeux éthiques d'une intégration. *Ethics, Medicine and Public Health*, 8, 30-33.
- Relf, M.V. (1997). Illuminating Meaning and Transforming Issues of Spirituality in HIV Disease and Aids: an Application of Parse's Theory of Human Being. *Holistic Nursing Practice*, 12, 1-8.
- Reyes-Ortiz, C. A., Berges, I. M., Raji, M. A., Koenig, H. G., Kuo, Y.-F. & Markides, K.S. (2008). Church Attendance Mediates the Association between Depressive Symptoms and Cognitive Functioning among Older Mexican Americans, *The Journals of Gerontology: Series A*, 63(5), 480–486.
- Rivier, E., Suter, C. et Hongler, T. (2008). La spiritualité en soins palliatifs. *Guide des soins palliatifs du médecin Vaudois*. Récupéré de http://www.againstpain.org/pdf/Dlrs_5.pdf
- Rose, R. (2019) *Portrait statistique des personnes âgées au Québec*. Chaire de recherche sur le vieillissement et la diversité citoyenne, UQAM.
- Rose, R. (2019). *Portrait statistique des aînés au Québec*. Document réalisé à partir du Recensement 2016 dans le cadre de la recherche-action Vieillir et vivre seul.e, Chaire de recherche sur le vieillissement et la diversité citoyenne, UQAM.
- Rosenbaum, M. (2006). Exploring the Social Supportive Role of Third Places in Consumers' Lives. *Journal of Service Research*, 9(1), 59-72.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. 1997. Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Sadler, E. & Biggs, S. (2006). Exploring the Links Between Spirituality and “Successful Ageing”. *Journal of Social Work Practice*, 20(3), 267-280.

- Schindler, R. (1999). Empowering the Aged: a Post-Modern Approach. *International journal of the Aging and Human Development*, 49(3), 165-177.
- Schreiber, J. A., & Brockupp, D. Y. (2012). Twenty-five Years Later - What do we Know about Religion/Spirituality and Psychological Well-Being among Breast Cancer Survivors? A Systematic Review. *Journal of Cancer Survivorship*, 6, 82-94.
- Schwarz, L. & Cottrell, R. (2007). The Value of Spirituality as Perceived by Elders in Long-term Care. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 26 (1), 43-62.
- Seck, A. (2009) Vieillir au féminin : l'expérience de femmes sénégalaises âgées de 60 ans et plus vivant dans la communauté. Thèse de doctorat, Québec, Université Laval.
- Seifert, L. (2002). Toward a Psychology of Religion, Spirituality, Meaning-Search, and Aging: Past Research and a Practical Application. *Journal of Adult Development*, 9(1), 61-70.
- Sessanna, L., Finnell, D., & Jezewski, M.A. (2007). Spirituality in Nursing and Health-Related Literature. *Journal of Holistic Nursing*, 25(4). Retrieved from <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/spirituality-in-nursing-and-health-related-literature-a-concept-a-2>.
- Sévigny, A. (2004). Le bénévolat : une quête de sens. *Les cahiers de soins palliatifs*, 5(2), 51-64.
- Sidall, P. J., Lovell, M., & MacLeod, R. (2015). Spirituality: What is Its Role in Pain Medicine? *Pain Medicine*, 16(1), 51-60.
- Silvestri, G., A. (2003). Importance of Faith on Medical Decisions Regarding Cancer Care. In *Journal of Clinical Oncology*, 21(7), 1379-1382.
- Simard, N. (2006). Spiritualité et santé. *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 12(1), 107-126.
- Sinclair, S., Pereira, J. & Raffin, S. (2006). A Thematic Review of the Spiritual Literature Within Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 9(2), 464-479.
- Soonhee, R., Kyoung H. L. & Dong, P. Y. (2013). General Well-Being of Korean Immigrant Elders: The Significance of Religiousness/Spirituality and Social Support. *Journal of Social Service Research*, 39, 483-497.

- Statistique Canada. (2006). Recensement de la population 2006. Récupéré de http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=6897_67_857_578&_dad=portal&_schema=PORTAL.
- Statistique Canada. (2010). Recensement visuel de 2006. Ottawa. Récupéré de https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/fs-fi/index.cfm?LANG=FRA&VIEW=D&format=flash&PRCODE=24&TOPIC_ID=11
- Statistique Canada. (2011). Enquête nationale auprès des ménages de 2011, produit numéro 99-010-X2011032 au catalogue de Statistique Canada.
- Statistique Canada. (2012). Projections démographiques pour le Canada (2013 à 2063), les provinces et les territoires (2013 à 2038), Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2014001-fra.htm>.
- Statistiques Canada. (2012). Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires No 91-215-X au catalogue Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/2012000/part-partie2-fra.htm>.
- Stephenson, P. L., Draucker, C. B., Martsolf, D. S. (2003). The Experience of Spirituality in the Lives of Hospice Patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 5, 51-58.
- Stephenson, P. S. & Berry, D. (2015). Describing Spirituality at the End of Life. *Western Journal of Nursing Research*, 37(9), 1229-1247.
- Sullivan, W. P. (1993). It Helps me to be a Whole Person: The Role of Spirituality Among the Mentally Challenged. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(3), 125-134.
- Swainton, J., Bain, V., Ingram, S. & Hays, S.D. (2011). Moving Inwards, Moving Outwards, Moving Upwards: The Role of Spirituality During the Early Stages of Breast Cancer. *European Journal of cancer care*, 20, pp.640-652.
- Swinton, J. (2001). *Spirituality and Mental Health Care: Rediscovering a 'Forgotten' Dimension*. London, New York. J. Kingsley Publishers.
- Tait, E. M., Laditka, S. B., Laditka, J. N., Nies, M. A. & Racine, E. F. (2011). Praying for Health by Older Adults in the United States: Differences by Ethnicity, Gender, and Income. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 23(4), 338-362.

- Tamimi, A. M. (2015). Understanding Spirituality from the Perspectives of Jordanian People Diagnosed with end Stage Renal Failure: a Phenomenological Study. PhD thesis, University of Nottingham. Retrieved from <http://eprints.nottingham.ac.uk/30707/>
- Tanyi, R. A. (2002). Towards Clarification of the Meaning of Spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500–509.
- Thomas, D.R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246.
- Thomas, L. V. (1983). La vieillesse en Afrique noire. Dans *Communications*, 37, 69-87.
- Thomas, W. I., & Thomas, D. S. (1928). *The Child in America: behavior problems and programs*. New York: A. Knopf.
- Thomas, W.I. (1923). *The unadjusted girl: with cases and standpoint for behavioral analysis*. Boston, MA: Little, Brown and Co.
- Tornstam, L. (1989). Gerotranscendence: A Reformulation of the Disengagement Theory. *Aging*, 1, 55-63.
- Tornstam, L. (1992). The Quo Vadis of Gerontology: On the Scientific paradigm of gerontology. *The Gerontologist*, 32, 316-326.
- Tornstam, L. (1996). Caring for the Elderly: Introducing the Theory of Gerotranscendence as a Supplementary Frame of Reference for Caring for the Elderly.” *Scandinavian Journal of Caring Science*, 10, 144-150.
- Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence: The Contemplative Dimension of Aging, *Journal of Aging Studies*, 11 (2), 143-154.
- Tornstam, L. (2000). Transcendence in Later Life. *Generations*, 23(4), 10-14.
- Tornstam, L. (2005). Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging. NewYork: Springer Publishing Company, Inc.
- Torrès, S. (2006). Elderly Immigrants in Sweden: Otherness under Construction. *Journal of Ethnic and Migrations Studies*, 32(8), 1341-1358.
- Torrès, S. (2008). L'ère des migrations. Définition et importance pour la gérontologie sociale en Europe. *Retraite et société*, 3(55), IS-37.

- Touhy, T. (2001). Nurturing Hope and Spirituality in the Nursing Home. *Holistic Nursing Practice*, 15(4), 45-56.
- Touraine, A. (1984). *Le retour de l'acteur*. Paris, Fayard.
- Touré, E. H. (2010). Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups: fondements scientifiques et problèmes de scientificité. *Recherches qualitatives*, 29(1), 5-27. Récupéré de [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29\(1\)/numero_complet_29\(1\).pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29(1)/numero_complet_29(1).pdf)
- Trincas, J. (1998). Les fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale. Dans *L'Homme*, 38(147), Alliance, rites et mythes, 167-189.
- Vachon, M., Fillion, L. & Achille, M. (2009). A Conceptual Analysis of Spirituality at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 12(1), 53-59.
- Van Leeuwen, A. & Schep Akkerman, A. (2015). Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care in Different Health Care Settings in the Netherlands. *Religions*, 6, 1346-1357.
- Vaughan, F. (1984). *L'éveil de l'intuition*. Paris : La Table Ronde (trad. de *Awakening Intuition*, 1979).
- Visser, A., Garssen, B. & Vingerhoets, A. (2009). Spirituality and Well-Being in Cancer Patients: A Review. *Psycho-Oncology*, 19, 565-572.
- Wadensten, B. & Carlsson, M. (2003). Theory-Driven Guidelines for Practical Care of Older People, Based on the Theory of Gerotranscendence. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 462-470.
- Walsh, F. (1999). Religion and Spirituality: Wellspring for Healing and Resilience. In F. Walsh (ed.), *Spiritual Resources in Family Therapy* (pp. 3-27). Guilford, New York.
- Walsh, R. & Vaughan, F. (1993). The Art of Transcendence: an Introduction to Common Elements of Transpersonal Practices. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 25(1), 1- 9.
- Wilber, K. (1980). *The Atman project. A transpersonal view of human development*. Wheaton (IL): Theosophical Pub House.
- Williamson, G. M. (2002). Aging Well: Outlook for the 21st Century. In *Handbook of Positive Psychology* (pp. 676-686). New York: Oxford University Press.

- Woods, T. E. & Ironson, G. H. (1999). Religion and Spirituality in the Face of Illness: How Cancer, Cardiac, and HIV Patients Describe their Spirituality/Religiosity. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 393-412.
- Woods, P. (1992). Symbolic Interactionism : Theory and Method. In M. D. Le Compte, W. L. Millroy, & J. Preissle (Eds), *The handbook of qualitative research* (pp. 337-404). New York: Academic Press.
- Wray, S. (2003). Women Growing Older: Agency, Ethnicity and Culture. *Sociology*, 37(3), 511-527.
- Xing, L., Guo, X., Bai, L., Qian, J. & Chen, J. (2018). Are Spiritual Interventions Beneficial to Patients with Cancer? A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Following PRISMA. *Medicine*, 97(3), 2-11, Baltimore, Pub Med.
- Zinnbauer, B.J. et Pargament, K.I. (2005). Religiousness and Spirituality. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (eds.), *The Handbook for the Psychology of Religion*, New York: The Guilford Press.