

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE CONCEPT DE MINISTÈRE MÉDICAL DE VICTOR FRANKL :  
RECHERCHE DE SENS ET COCONSTRUCTION DE LA RELATION  
LORS D'UN SOIN SPIRITUEL

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

POUR LA MAÎTRISE EN SCIENCES DES RELIGIONS

PAR

PASCAL ELOY

MAI 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire 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

Lorsque j'ai repris mes études, à cinquante ans, j'étais loin de m'imaginer que cette démarche aurait un tel impact sur ma vie. Je ne pensais pas qu'elle serait à l'origine d'un nouveau virage personnel et professionnel. Alors, un grand merci à toutes celles et à tous ceux qui m'ont soutenu, inspiré ou guidé...

Un merci tout particulier à ma directrice, Eve Paquette, pour ses conseils et ses remarques. Avec rigueur, souplesse, bonne humeur et beaucoup de générosité, tu as su guider ma réflexion, susciter ma créativité, soutenir ma motivation et m'inciter à la pleine conscience. Merci d'avoir cru en moi et en mon projet !

Il me serait aussi impossible de ne pas remercier Jean-Jacques Lavoie et Paul Leslie pour l'influence qu'ils ont eu, par leur cours sur la mort, sur ma réflexion et mon cheminement.

Un immense merci également à deux femmes extraordinaires, deux universitaires, deux scientifiques atypiques : Véronique Lapaige et Josefina Maranzano. Vous avez, chacune à votre façon, impulsé un élan particulier à ce travail. Sans vous, cet argumentaire n'aurait pas été structuré avec autant de clarté et de fluidité. Votre aide a fait toute la différence !

Enfin, je ne saurais passer sous silence la complicité, l'encouragement et la compréhension de mon conjoint, Gilles. Merci pour ta grande patience et d'avoir, régulièrement, pris en charge de délicieux repas ou la vaisselle qui s'accumulait...

## DÉDICACE

À mon Papa et au matricule 119 104,  
sans qui tout cela n'aurait pas  
commencé !

## AVANT-PROPOS

À l'origine, ce mémoire devait porter sur l'intervention en soins spirituels et le paganisme afin de mettre en évidence une éventuelle différence de comportement de l'intervenant en soins spirituels (ISS) selon la religion du patient. En effet, l'ISS pouvait-il aussi aisément entrer en résonance avec son patient si celui-ci appartenait à une religion révélée ou s'il professait une foi païenne, telle que le druidisme ou la wicca? Cependant, le manque de littérature scientifique sur le sujet et un changement au sein de l'Association des intervenantes et intervenants en soins spirituels du Québec m'ont conduit à abandonner ce sujet de recherche.

Le hasard de la lecture de *Raisons de vivre* de Victor Frankl m'a permis de découvrir les théories de ce psychiatre autrichien. Ce fut comme une révélation, tant je me sentais touché par son histoire et en résonance avec sa manière d'interpréter les choses. Je me suis alors demandé s'il serait possible de conserver une partie de mon sujet de recherche initial (la relation particulière devant s'établir entre le patient et l'ISS), mais en la traitant sous un nouvel angle, celui de la théorie du ministère médical de Victor Frankl et de l'implication émotionnelle de l'ISS. Rapidement, cet angle est apparu réducteur, car il se concentrait uniquement sur l'ISS, alors que celui-ci n'est qu'une des deux parties de la relation. J'ai, alors, encore une fois, modifié mon angle d'approche pour traiter, non plus l'implication émotionnelle de l'ISS, mais de la relation qui se crée entre le patient et un soignant, quel qu'il soit, lors d'un soin spirituel, relation qui se crée en suivant presque le schéma tripartite des rites de passage, défini par Van Gennep. (Ménard, 2007, p. 82)

Enfin, pour être complet et sur un plan plus personnel, mais qui influence inévitablement ma recherche, deux précisions peuvent encore être apportées. D'une part, depuis plus de trente années, j'évolue dans un milieu très attaché aux rites ; ce qui m'a donné une sensibilité pratique exacerbée à cette notion et explique, en partie, comment va se développer mon projet de recherche.

Ensuite, ce travail constitue un préalable à une reconversion professionnelle. Je souhaiterais donc, autant que faire se peut, retirer de cet exercice le plus de considérations pratiques possible dans le processus de construction et de recherche de sens dans une relation avec un patient lors d'un soin spirituel.

C'est pourquoi ces deux citations ont beaucoup marqué ma recherche :

« Si nous avons besoin de sage-femme à nous mettre au monde, nous avons bien besoin d'un homme encore plus sage à nous en sortir. » (Montaigne)

« Celui qui a un pourquoi qui lui tient lieu de but peut vivre avec n'importe quel comment ». (Nietzsche)

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES FIGURES.....	VIII
RÉSUMÉ .....	IX
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I : PROTOCOLE DE RECHERCHE MIS EN ŒUVRE .....	4
1.1 Le cadre contextuel .....	4
1.1.1 La problématique .....	5
1.1.2 La question de recherche.....	8
1.1.3 La revue de littérature .....	9
1.1.4 La pertinence de la recherche.....	12
1.2 Le cadre théorique et la méthodologie.....	14
1.2.1 Le cadre théorique.....	14
1.2.2 Une approche phénoménologique.....	17
1.2.3 La posture théorique expérientielle.....	18
1.2.4 Une démarche praxéologique.....	19
CHAPITRE II : LA RELATION EN SOINS SPIRITUELS .....	21
2. 1. Soin et spiritualité, une nécessaire délimitation.....	22
2.1.1 Qu'est-ce qu'un soin ? .....	22
2.1.2 L'impossible définition de la spiritualité .....	26
2. 2. Soin et spiritualité, impact sur la relation.....	33
2.2.1 Soin et spiritualité, médiation active dans un espace significatif.....	33
2.2.2 Soin et spiritualité, une présence active dans la relation.....	38
CHAPITRE III : UN SYSTÈME DE VALEURS COHÉRENT .....	43
3.1. Victor Frankl et le ministère médical.....	44

3.1.1	La logothérapie .....	45
3.1.2	Le ministère médical .....	48
3.1.3	Ministère médical et ministère pastoral .....	51
3.2	Co-construire la relation.....	55
3.2.1	L'apport du rituel .....	56
3.2.2	Les trois stades du rituel.....	57
3.2.3	Liminarité et rituel.....	60
3.2.4	Liminarité et hospitalité.....	62
CHAPITRE IV : RECHERCHE DE SENS DANS LA RELATION : ESSAI		
D'ANALYSE ET DE PROPOSITIONS .....		65
4.1.	Sujet, hospitalité et liminarité : essai d'analyse .....	66
4.1.1	Changer le regard du soigné sur lui-même .....	67
4.1.2	Une autre parole ou le sens du dialogue.....	70
4.1.3	Une autre présence par la création d'un espace signifiant .....	72
4.2	Proposition de grille d'intervention .....	75
4.2.1	Les principes de l'entretien appliqués au ministère médical .....	76
4.2.2	Une grille d'intervention .....	82
CONCLUSION .....		85
BIBLIOGRAPHIE .....		91



## LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 : L'espace de la relation .....	43
Figure 2.2 : L'espace de la maladie .....	44
Figure 2.3 : L'espace de la relation soignant-soigné .....	45
Figure 3.1 : Écrire sur des lignes droites .....	63
Figure 3.2 : Écrire sur des lignes tortueuses .....	63
Figure 3.3 : Écrire droit sur des lignes tortueuses .....	64

## RÉSUMÉ

Le but de ce mémoire est d'étudier la relation qui se construit entre un patient et un soignant lors d'un soin spirituel. Pour ce faire, nous nous demandons si l'application du concept de ministère médical par un soignant, quelle que puisse être sa formation ou sa fonction, permet l'émergence de la recherche de sens dans une relation coconstruite entre le soignant et le soigné. Un objectif secondaire consiste à utiliser les quatre principes de l'entretien en logothérapie définis par Lukas (2004, p. 98-113) afin d'élaborer une grille permettant d'identifier les étapes pour parvenir à cette recherche de sens dans la coconstruction de la relation lors d'un soin spirituel.

Le cadre théorique se fonde sur les deux concepts importants que sont le ministère médical de Victor Frankl et la coconstruction rituelle. Cette démarche constitue une approche phénoménologique, car la relation qui se tisse entre un patient et un soignant se révèle comme une réelle expérience, à la fois rituelle et phénoménologique. En effet, elle est une invitation à la suspension, à une mise entre parenthèses du monde, tout en incitant les deux parties à plonger à l'intérieur d'elles-mêmes pour créer la relation. Le patient et le soignant sont alors contraints d'analyser leurs ressentis, leurs sensations, leurs émotions, leur spiritualité. Cette relation de soin s'apparente donc à un rituel, ou plutôt une coconstruction rituelle telle que Van Gennep a pu le définir dans son analyse des rites de passage ou Turner lorsqu'il a évoqué la notion de liminarité.

Ma posture, dans cette recherche, est celle d'une sensibilité théorique expérientielle au sens de Paillé, c'est-à-dire qu'elle consiste à mettre à profit les concepts étudiés lors de la formation en sciences des religions pour les appliquer concrètement au concept de ministère médical qui constitue tout aussi bien une « thérapie par le sens » qu'une « thérapie centrée sur le sens » où le patient demeure toujours un sujet libre et responsable, reconnu dans ce qu'il a de singulier et d'original, capable de façonner son destin et de prendre en main sa vie en faisant intervenir ce que Frankl appelle la « personne spirituelle ».

Mots clés : coconstruction rituelle, liminarité, logothérapie, ministère médical, recherche de sens, relation, sens, soin spirituel, Victor Frankl

## INTRODUCTION

Traiter la relation qui se crée entre un patient et un soignant lors d'un soin spirituel implique, dans un premier temps, de définir ce qu'on entend par le soin et a fortiori, par le soin spirituel. Si l'on en croit Dautais (2011, p. 339), le soin se fonde premièrement sur une compétence médicale qui oblige à gérer un ensemble de contraintes pour une prise en charge thérapeutique efficace. La spiritualité, quant à elle, selon le Guide des Soins Palliatifs du Médecin Vaudois (Rivier, Hongler et Suter, 2008), constitue un espace en soi, secret, où chacun construit le sens de sa vie, en s'interrogeant sur sa présence au monde et une transcendance possible.

Il s'ensuit donc qu'un soin spirituel doit mêler soins et spiritualité pour que patient et soignant, libres, s'impliquent, dans la relation, conjointement, émotionnellement et spirituellement. Didier Caenepeel, doyen du collège dominicain d'Ottawa, ayant œuvré longtemps dans le domaine des soins palliatifs, précise que cette relation constitue, en fait, une construction qui sous-entend un partage privilégié avec l'autre, au-delà des théories. C'est dans cette perspective qu'il paraît intéressant de recourir à la théorie du psychiatre autrichien Victor Frankl, et plus particulièrement à son aspect spirituel développé dans la notion de ministère médical ; ministère médical qui peut concerner tout soignant, quelle que soit sa formation ou son statut de soin. Cette approche met, en effet, le sens de l'existence humaine à l'avant-plan, car c'est le sens que le patient donne à sa vie qui devrait le motiver et l'aider à aller mieux ou à être plus serein face à ce qui l'attend.

Ce mémoire va, dès lors, se concentrer sur une analyse des textes de Frankl, développée dans une perspective phénoménologique, afin de mettre en évidence la

recherche de sens à apparaître lors de la création de la relation entre les deux sujets impliqués dans un soin spirituel. Dans ce schéma, l'analyse phénoménologique interprétative cherchera à faire la lumière sur l'expérience vécue par les individus, ainsi que sur la façon dont ils donnent un sens aux événements marquants de leur vie. Cependant, concrètement, par une analyse des textes de Frankl et un échange continu entre mon intuition et ces textes, je tenterai de toujours avoir à l'esprit la nécessaire incidence pratique de ce mémoire.

Il importe encore de préciser que ce travail concernera uniquement les soignants en soins spirituels, c'est-à-dire les personnes qui s'intéressent à l'aspect spirituel et religieux qui sous-tend la vie d'un patient dans son expérience de la maladie ou de la fin de vie. Elle ne considérera pas les autres soignants des équipes hospitalières multidisciplinaires. De même, l'ensemble de l'œuvre de Victor Frankl ne sera pas abordé tant cela nécessiterait de développer des connaissances en psychologie et en psychiatrie. L'aspect spirituel de cette théorie, la recherche de sens et la notion de ministère médical seront, seuls, mis en évidence.

En fait, après une présentation, dans un premier chapitre, du protocole de recherche mis en œuvre avec le cadre contextuel puis théorique et méthodologique, nous aborderons, au chapitre 2, la relation en soins spirituels. Dans une première section, seront abordées les définitions permettant de brosser un tableau du soin et de la spiritualité tandis que dans une deuxième section, on abordera la relation qui se crée entre le soigné et le soignant, d'abord sous l'angle relationnel puis, en y intégrant la spiritualité.

Un troisième chapitre permettra de développer un système de valeurs cohérent en recourant à la théorie de la logothérapie conceptualisée par Victor Frankl, ce psychiatre humaniste autrichien, emprisonné dans les camps de concentration durant

la Seconde Guerre mondiale. Dans sa théorie, on s'attachera à définir le ministère médical et on le fera sous le prisme d'une recherche de sens bâtie lors de la coconstruction rituelle de la relation soigné soignant. Ces notions et leurs relations seront donc plus largement étudiées.

Enfin, dans un chapitre 4, on tentera un essai d'analyse et de propositions concernant cette recherche de sens au cours de la coconstruction de la relation. On tentera également de conceptualiser une grille d'intervention, pratique, qui corresponde à cette démarche.

## CHAPITRE I

### PROTOCOLE DE RECHERCHE MIS EN ŒUVRE

Ce chapitre décrit le protocole de recherche utilisé dans le cadre de ce mémoire. La première section permettra la présentation du cadre contextuel, car faire l'impasse de cette démarche nuirait à la compréhension de la problématique et par voie de conséquence des objectifs de recherche. On s'attachera ensuite à présenter une revue de la littérature sur le sujet avant d'évoquer la pertinence de cette recherche tant pour l'intervention en soins spirituels que pour les sciences des religions. Dans une deuxième section, seront abordés le cadre théorique de référence, la posture de chercheur prônée tout au long de la recherche ainsi que la méthodologie utilisée.

#### 1.1 Le cadre contextuel

Afin d'établir un cadre contextuel le plus complet possible, j'aborderai, successivement, la problématique, les objectifs principal et secondaire, la revue de littérature et la pertinence de la recherche.

### 1.1.1 La problématique

Parler de soins spirituels dans le milieu de la santé est un phénomène relativement nouveau. En effet, les dernières décennies ont été marquées par les nombreuses avancées technologiques dans le monde médical, accentuant la perspective corporelle au détriment de toute autre considération. Cette rationalité technique dans un système de santé, parfois rigide, a largement contribué à la déshumanisation des soins. (Pépin, 2001) Or, la maladie et l'hospitalisation sont souvent des événements qui ébranlent le confort quotidien et amènent la personne malade à découvrir un lieu intérieur dont, précédemment, elle n'envisageait peut-être même pas l'existence. (Désaulniers, 2009) De cette expérience, peuvent surgir divers besoins spirituels relatifs à la quête de sens, la transcendance, la nécessité d'être relié, d'être reconnu... et ces besoins peuvent s'exprimer lors d'une relation soigné soignant empreinte de spiritualité. (Benoit, 2007)

Dans l'histoire des pratiques soignantes, la mise en présence de l'homme souffrant, incurable, et s'approchant de la mort a souvent interrogé le soignant sur la réalité de l'âme, sur l'esprit et sur leur lien avec le corps. Très longtemps pensées dans un esprit religieux, relevant du divin, les questions sur le sens de la vie en sa vulnérabilité et sa finitude se sont en partie dégagées de la religion institutionnalisée avec la distinction des approches corporelles, psychiques et spirituelles et avec le développement de la médecine scientifique. Il est en effet apparu que la réponse à l'angoisse survenant à l'approche de la mort ne relevait pas seulement de la psychologie, mais aussi d'une spiritualité. C'est dans la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle que s'est ainsi affirmée la vision d'une unité du corps, de l'âme et de l'esprit et qu'il est proposé d'intégrer la dimension spirituelle dans la pratique infirmière, sans la limiter ni l'exclure du sens religieux. Le mouvement des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie

impose alors, dans la pensée de nombreux soignants, la spiritualité dans les soins comme un nouveau sens à inclure dans leurs pratiques. (Honoré, 2011, p. 13)

Au Québec, cette progression s'est réalisée en trois périodes. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, le paiement par les patients devient la principale source de financement des établissements de soins et cette « marchandisation des services de santé » est encouragée, dans les années 1940, par l'assurance hospitalisation privée. Ainsi émerge l'idée que les soins de santé ne relèvent plus exclusivement de la religion, et ce, d'autant que, au cours des années 1970, de nombreuses communautés religieuses, faute de moyens financiers suffisants et face à une politique étatique de laïcisation, cèdent leurs hôpitaux au gouvernement. Dès lors, la religion se retrouve progressivement exclue de la gestion administrative de l'hôpital. Ce retrait ouvre la porte aux médecins qui en profitent pour imposer une approche uniquement biomédicale des soins. (Cherblanc et Jobin, 2013, p. 42)

La deuxième période voit l'émergence d'un corps médical tout puissant qui s'occupe du corps et de l'esprit du patient, sans accorder beaucoup d'importance à son bien-être intérieur ou spirituel. Toutefois, dans une sorte de mouvement de balancier, à partir de 1985, l'intérêt porté à la vie intérieure du patient renaît, car le corps médical note que celle-ci semble capable de lui redonner force et résilience. (Cherblanc et Jobin, 2013, p. 43-44)

Aujourd'hui, dans une troisième période, comme l'écrit Melo Peirera (2004, p. 42) :

Pour permettre à la personne malade ou en état de grande fragilité de redonner un sens à ce qu'elle vit, le type d'accompagnement proposé sera déterminant. Pour tenir compte de la réalité que vit cette personne, et pour que le cheminement qui lui est offert lui soit réellement parlant, il est nécessaire d'inventer de nouvelles formes d'accompagnement en prenant comme point



d'ancrage le sujet et ce qu'il vit plutôt qu'en proposant un modèle établi a priori qui viserait un « bénéficiaire » de services.

Bien qu'elle ne soit pas unanime, comme le reflète la littérature, une tendance se dessine pour que le personnel soignant dépasse l'habituelle neutralité médicale pour s'impliquer émotionnellement dans sa relation au patient (Arsène, 2017). En effet, cette implication semble produire des résultats intéressants sur le bien-être du patient, sa capacité à réagir ou à supporter son traitement, voire la simplicité d'envisager la mort plus sereinement, comme l'évoque Noël Simard (Simard, 2006, p. 124) :

N'est-ce pas le défi de la médecine actuelle de s'ouvrir au spirituel et d'accepter le concours de la spiritualité pour affronter le défi d'apporter des éléments de lumière et de réponse à la question lancinante de la fragilité, de la finitude et de l'impuissance face à l'excès de souffrance. La réponse ne viendra pas tant d'un excès de science que d'un excès de sens et d'amour.

Pour illustrer cette démarche et tenter de l'enrichir d'un nouveau point de vue, il a paru intéressant de recourir à la théorie de la logothérapie conceptualisée par Victor Frankl. En effet, ce psychiatre humaniste autrichien, emprisonné dans les camps de concentration durant la Seconde Guerre mondiale, a développé, dans sa théorie de la logothérapie, une notion particulièrement intéressante pour notre propos : le ministère médical. En effet, selon lui, l'existence humaine est toujours dirigée vers quelque chose ou quelqu'un d'autre, au moyen d'une recherche de sens à construire dans la relation. (Frankl, 2013) On s'attachera donc, dans ce mémoire, à explorer la recherche de sens dans le ministère médical de Frankl et on le fera sous le prisme d'une recherche de sens bâtie lors de la coconstruction rituelle qu'est la relation qui se tisse entre un soignant et son patient.

### 1.1.2 La question de recherche

Le but de cette recherche est d'étudier la relation qui se construit entre un patient et un soignant. En effet, dans cette relation coconstruite comme un rituel de passage, avec ses trois phases, on s'attachera à étudier la recherche de sens que peuvent faire patient et soignant dans le ministère médical. On verra si celui-ci facilite, ainsi, la relation et la communication entre le patient et le soignant. En conséquence, ma question de recherche est libellée comme suit : « La mise en œuvre du concept de ministère médical de Victor Frankl peut-elle contribuer à la recherche de sens dans la relation qui se construit entre un patient et un soignant lors d'un soin spirituel? »

Un objectif secondaire pourra être mis en évidence en utilisant les quatre principes de l'entretien en logothérapie définis par Elizabeth Lukas (Lukas, 2004, p. 98-113) afin d'élaborer une grille pour aider à la construction de la relation lors d'un soin spirituel. En effet, Lukas, disciple de Frankl, a constaté que :

Les principes qui le constituent, qui me sont apparus et m'ont frappée sont tous les critères de réussite pour une communication humaine, même en dehors du domaine thérapeutique. Ce sont tout simplement les principes d'une rhétorique de l'amour, qui, dans les quotidiennes phases critiques entre époux, collègues, générations, voire groupes sociaux, sont au plus haut point facteurs d'apaisement.

Ces quatre principes sont de valoriser le patient, l'aider « à faire la lumière », jouer sur la variété des possibles et, enfin, chercher à déceler le sens. Cette sous-question est donc libellée ainsi « Les quatre principes de l'entretien en logothérapie définis par Lukas permettent-ils de conceptualiser une grille qui faciliterait la construction conjointe de la relation lors du soin spirituel ? »

### 1.1.3 La revue de littérature

Pour plusieurs auteurs, le soin spirituel devrait se dérouler selon le modèle médical. Ainsi, selon Dautais (2011, p. 339), « L'exercice du soin exige tout d'abord de la compétence médicale et technique ainsi que de gérer un ensemble de contraintes pour l'efficacité dans la prise en charge thérapeutique. »

Cette position est renforcée par la thèse de Pujol, Jobin et Beloucif (2014, p. 80) qui montre que les patients n'attendent pas de l'hôpital un soin en spiritualité puisque :

La conceptualisation de la spiritualité dans le champ médical participe à sa façon du culte de l'individu performant dont la vie doit avoir un sens et qui doit mourir réconcilié et en harmonie avec lui-même.

En fait, dans leur article, ces auteurs s'interrogent pour savoir si le soin spirituel répond à une volonté de développer un soin global ; s'il sert à réduire l'écart qui existe par rapport aux ressources auxquelles pourrait puiser un certain nombre de patients à l'extérieur de l'hôpital ; voire même s'il convient que les soignants eux-mêmes se chargent de la dimension spirituelle... D'autres auteurs affirment même que ce qui est souhaité avant tout, c'est la transparence et la neutralité du soignant (Goguikian, 2010) afin que la consultation se déroule selon un modèle biomédical.

Cependant, tous les auteurs ne sont pas d'accord avec cette vision puisqu'une part de plus en plus importante, née dans les services de soins palliatifs, pense qu'il convient d'aborder la démarche d'une autre façon. Par exemple, Degrand-Guillaud (2016) précise qu'une intervention intégrant soins et spiritualité ne peut réussir que si le soignant, celui qui sait, parvient à créer un espace d'échange avec le patient; espace où les deux peuvent s'impliquer librement, émotionnellement et spirituellement. Il s'agit, alors, d'établir une démarche éthique (Paul, 2012) qui mêle respect de

l'autonomie du patient, intention de bienfaisance du soignant et sens de la responsabilité ou responsabilité du sens. (Simard, 2006)

Un soin spirituel consiste donc en l'accompagnement d'un patient en situation de fragilité parce que malade ou en fin de vie et cet accompagnement spirituel doit être l'affaire des soignants parce que la spiritualité se vit dans la reconnaissance du lien d'humanité entre deux personnes. Comme le suggère Caenepeel (2015, p. 12), c'est cette humanité qui fonde la relation vraie et authentique et, en conséquence, la possibilité d'un soin spirituel. Cet accompagnement sous-entend donc un partage privilégié avec l'autre, au-delà des théories. Il est une construction plutôt qu'une affirmation. Didier Caenepeel (2015, p. 12) le précise clairement dans sa notion de l'hospitaliance :

L'hospitalité peut être vue comme une dynamique essentielle à toute rencontre ou relation humaine... C'est à travers l'exposition de sa propre fragilité qu'un sujet peut rejoindre autrui souffrant.

Dans la mesure où l'on parle beaucoup de soin spirituel, il convient de définir ce qu'on entend par la notion de spiritualité. Si de nombreux auteurs ont abordé la question, le plus souvent d'un point de vue sociologique, on accordera, dans ce mémoire, une attention plus particulière à ceux qui l'ont traitée dans une optique de soins. Ainsi, trouve-t-on, dans les définitions données par le Centre de Ressources et d'Observation de l'Innovation Religieuse de l'Université Laval, (2019) que « la spiritualité désigne l'ensemble des pratiques et des croyances qui se rapportent à la vie spirituelle, celle-ci référant tantôt à la vie de l'esprit tantôt à celle de l'âme. »

André Couture y précise même que :

Le mot a d'ailleurs récemment fait fortune parce qu'on y a vu une habile façon de s'éloigner des Églises et des gourous de tout acabit et de se rapprocher de ce dieu intérieur censé résider en chacun des humains. (Couture, 2009)

En fait, la réflexion sur la dimension spirituelle et la dimension religieuse dans les soins de santé doit beaucoup au modèle infirmier proposé par Virginia Henderson dans les années soixante-dix. Dans ce modèle, Henderson identifiait quatorze besoins fondamentaux de la personne malade, dont celui de « pratiquer sa religion ou d'agir selon sa conception du bien et du mal » (Jacques, 1999, p. 8). Ainsi, selon le docteur Rougeron (Dautais, 2011, p. 340),

Le spirituel est notre identité originelle, comprenant une dimension immanente à la personne elle-même, elle permet la relation à l'autre en sentiments et émotions. Une dimension transcendante, enracinée dans l'homme, elle le relie au sacré qui l'habite.

Par souci de simplification et d'efficacité pratique, on se référera au *Guide des Soins Palliatifs du Médecin Vaudois* (Rivier, Hongler et Suter, 2008), largement reconnu sur cette question de la relation de la spiritualité et des soins. On peut en tirer la définition suivante :

Au-delà du langage, du rituel, de la religion, le spirituel est cet espace en soi secret où chacun construit le sens de sa vie, en s'interrogeant sur sa présence au monde et une transcendance possible.

Cette définition permet de rééquilibrer l'asymétrie entre le soignant, quelle que soit sa fonction ou quel que soit son domaine de soin, et le soigné, quel que soit son état. Celui qui est debout et qui sait ce qu'il convient de faire ou comment il faut être, doit se mettre au niveau de celui qui est couché, ne sait pas et subit. (Birmelé, 2018 p. 48)

De même, selon Honoré (2011, p. 17) :

Alors que la douleur est mieux contrôlée, et que les soignants maintiennent leur présence auprès des patients, ceux-ci donnent à voir d'autres aspects de leur souffrance, exprimant leurs émotions, leurs angoisses, leurs interrogations existentielles devant la mort ou sur le sens de leur vie.

C'est dans cette perspective qu'il paraît intéressant de recourir à la théorie de Victor Frankl et plus particulièrement à son aspect spirituel développé dans la notion de ministère médical. Cette approche met, en effet, le sens de l'existence humaine à l'avant-plan, car c'est le sens que le patient donne à sa vie qui devrait le motiver et l'aider à aller mieux ou à être plus serein face à ce qui l'attend. En fait, au cours des trois années qu'il a passées dans un camp de concentration lors de la Seconde Guerre mondiale, Victor Frankl a découvert, autant pour lui-même que pour les autres, que le fait d'avoir un but et un sens à sa vie l'aidait à survivre aux conditions inhumaines de détention. (Frankl, 2013) Il en a déduit que cette recherche de sens devrait aussi aider un patient à mieux accepter et supporter son traitement, voire à envisager plus sereinement sa fin proche. Pour y parvenir, Frankl définit trois manières de donner du sens : à travers une œuvre ou un objectif, au moyen des relations ou par une vision transcendante (Frankl, 2017 et 2019).

Dès lors, il semble intéressant de s'interroger sur cette relation qui unit soignant et soigné, de voir comment la recherche de sens peut intervenir dans cette relation et si l'apport de Frankl facilite l'émergence de ce que Caenepeel qualifie d'hospitaliance.

#### 1.1.4 La pertinence de la recherche

Dans ce mémoire, les pertinences scientifique et sociale sont étroitement liées.

En ce qui concerne la pertinence scientifique, il importe de préciser qu'elle se situe à deux niveaux différents. Elle permet, dans un premier temps, de mettre en évidence l'apport des sciences des religions au domaine du soin en fin de vie et plus particulièrement du soin spirituel. En effet, le regard particulier et non confessionnel que confèrent les sciences des religions permet d'enrichir les réflexions théoriques et les questions pratiques sur la place du spirituel et du religieux dans la sphère médicale. Il s'ensuit que ce mémoire tentera de produire une définition du spirituel, dégagée du point de vue confessionnel, mais aisément et concrètement applicable dans le domaine des soins spirituels.

Dans un deuxième temps, cette ouverture d'esprit des sciences des religions permet de concilier une théorie émanant du domaine psychologique et/ou psychiatrique (comme, par exemple, le ministère médical) en l'adaptant au contexte spirituel. En allant même plus loin, les sciences des religions permettent de combiner ces théories psychologiques à la théorie des rituels de passage conçue par Van Gennep ou celle de la liminarité développée par Turner. Ces notions combinées montreront l'apport des sciences des religions aux soins spirituels, et ce, d'autant que cette ouverture des sciences des religions rejoint adéquatement la pensée de Frankl (Kühn, 2006, p. 5) : « Par souci d'impartialité dans la rencontre psychothérapeutique, la logothérapie de Frankl se veut garder libre de toute religion au sens d'une confession particulière qui relève de la conviction personnelle de chacun. »

Par rapport à la pertinence sociale, il existe, aujourd'hui, peu de références scientifiques relatives à la recherche de sens lors d'un soin spirituel, car la majorité des documents touchant, de près ou de loin, le thème a été produite par des infirmières, des travailleurs sociaux ou des intervenants en soins spirituels majoritairement formés en théologie. Ce mémoire devrait donc permettre de donner

un éclairage nouveau au métier de soignant, tout en mettant en évidence l'apport du spirituel et de la science des religions dans le domaine du soin.

Ce mémoire devrait ainsi contribuer à enrichir et faciliter les échanges soignant-soigné. Peut-être contribuera-t-il même à rappeler l'intérêt de la recherche de sens que le patient peut mettre en œuvre dans son combat contre la maladie ? Il est également envisageable qu'il ouvre la voie à un nouveau métier, celui d'accompagnateur spirituel, c'est-à-dire d'un soignant qui « agit et restitue sa capacité d'agir à celui qui est accompagné » (Birmelé, 2018).

## 1.2 Le cadre théorique et la méthodologie

Dans cette deuxième section, le cadre théorique de référence sera abordé, de même que la posture de chercheur prônée tout au long de la recherche et la méthode utilisée.

### 1.2.1. Le cadre théorique

Le cadre théorique de ce travail se fondera sur deux concepts importants : le ministère médical de Victor Frankl et la coconstruction rituelle.

Selon Victor Frankl, l'existence humaine est toujours dirigée vers quelque chose ou quelqu'un d'autre, une cause ou une autre personne. Cela permet à l'être humain de devenir d'autant plus humain qu'il s'oublie lui-même en se donnant à l'autre dans une recherche de sens. (Frankl, 2013) Dans ce schéma, le ministère médical constitue la



démarche thérapeutique qui est accomplie dans le cadre d'un dialogue de personne à personne, où le patient est toujours un sujet libre et responsable, reconnu dans ce qu'il a de singulier et d'original, capable de façonner son destin et de prendre en main sa vie au moyen de ce que Frankl appelle la « personne spirituelle ». (Frankl, 2017) Pour Frankl, cette démarche peut être accomplie par n'importe quel type de soignant. Elle n'est pas réservée au corps médical ou, encore moins, à un corps religieux. Cette démarche doit permettre l'émergence d'un sens nouveau pour le patient ; sens qui doit lui redonner un nouvel objectif de vie, la force de se battre contre sa maladie... C'est, par analogie, le même objectif que propose Didier Caenepeel dans sa notion d'hospitalité (2013, p. 30) : « Le soin, inscrit en hospitalité, repose sur deux mouvements : se préparer pour recevoir l'autre qui se présente et se laisser surprendre en s'ouvrant à cet autre dans sa singularité propre. »

L'enjeu du soin est donc d'articuler un espace d'hospitalité, comme si l'on se situait dans la phase liminaire d'un rituel (Ménard, 2007, p. 82), pour que cette expérience d'étrangeté et de vulnérabilité que constitue la recherche d'un nouveau sens à la vie puisse s'exprimer librement et sans réticences. Comme le propose encore Caenepeel (2015, p. 14), « Accueillir, c'est accepter ce qui est autre, quelqu'un d'autre, autre chose. Plus grave encore, c'est laisser s'ouvrir la possibilité que cet autre vous rende autre à votre tour. »

Cette vulnérabilité permet donc « une relation qui forme et fait alliance pour habiter ensemble un temps partagé dans une dynamique d'hospitalité toujours renouvelée » (Caenepeel, 2013, p. 38) ; relation au cours de laquelle se bâtit la recherche de sens.

Dès lors, on peut envisager que cette démarche du ministère médical se produise grâce à une coconstruction rituelle qui se ferait entre le soignant et le soigné lors du soin. En effet, la démarche de dialogue née dans le ministère médical semble

permettre la construction d'un temps hors du temps, d'un lieu hors de l'habitude, où s'épanouirait la relation entre le soignant et le soigné. C'est, comme on le verra plus en détail au chapitre 3, la mise en œuvre d'une phase de liminarité. Dès lors, en paraphrasant Caenepeel (2013, p. 35), on pourrait dire que le rite, ou plutôt la liminarité, sert donc « à déployer une structure et une fonction » de recherche de sens. C'est d'ailleurs ce que précise aussi Vachon (2014, p. 62) :

Qu'implique donc le soin ou encore l'accompagnement ? Celui-ci s'incarne essentiellement dans un rituel, lequel se définit dans une temporalité, une spatialité, une corporéité et une intersubjectivité uniques. Le rituel de l'accompagnement peut donc avoir un effet structurant et bienfaisant là où les repères se font absents. Le rituel implique d'être répété et de s'inscrire dans la quotidienneté de l'expérience du malade et du soignant. Pour ce faire, il exige un engagement et une constance. De plus, cet engagement appelle à une profondeur relationnelle laquelle permet à son tour la rencontre de deux subjectivités. Qu'elle soit concrètement partagée, visible ou non, c'est avant tout d'une disposition intérieure du soignant qu'il s'agit, pour permettre la création d'un espace relationnel humanisant.

Ainsi, cette coconstruction, pratique par essence dans la mesure où il s'agit d'une expérience rituelle vécue, recommencée à chaque rencontre, s'arrimera à une approche phénoménologique du rituel afin « de redonner au sujet son caractère de sujet » (Ricoeur, cité dans Vachon, 2014). En effet, selon Kühn (2006, p. 6), « En fait, on ne se trompe pas en disant que la psychothérapie de Frankl au sens d'une logothérapie réfléchie est une pensée et une praxis infiniment ouvertes, car elle n'ignore aucun aspect de l'expérience humaine possible en sa totalité. »

En conclusion, les concepts de ministère médical et de rituel, encadrés par la perspective phénoménologique et une démarche praxéologique, me permettront donc de répondre aux questions de recherche précédemment définies.

### 1.2.2. Une approche phénoménologique

En fait, ce mémoire va s'ancrer dans une perspective phénoménologique, c'est-à-dire dans le sens d'une recherche de sens pour les sujets impliqués dans un soin spirituel. Il me semble que cette méthode est particulièrement bien adaptée à l'étude de la spiritualité dans la mesure où celle-ci est une construction complexe et personnelle, dont la description est souvent sujette à l'interprétation. C'est là que la phénoménologie entrera en jeu.

La phénoménologie, systématisée par Edmund Husserl au début du XX<sup>e</sup> siècle, prône le retour à l'expérience et l'étude de la constitution du sens. Récemment, Jonathan A. Smith, professeur de psychologie à Londres, a élaboré une approche interprétative de la phénoménologie. (Côté, 2014, p. 65-70) Celle-ci, plutôt utilisée dans le domaine de la santé, des sciences sociales et de la psychologie clinique, est construite selon les trois axes théoriques que sont la phénoménologie, l'herméneutique et l'approche idiographique. Dans ce schéma, l'analyse phénoménologique interprétative cherche à faire la lumière sur l'expérience vécue par les individus, ainsi que sur la façon dont ils donnent un sens aux événements marquants de leur vie. À travers l'exploration des perceptions individuelles, le chercheur s'approche du monde du sujet, sans toutefois avoir la prétention de le saisir tel qu'il se présente à lui puisqu'une double herméneutique est impliquée. En effet, la première permet au participant qui cherche de donner un sens à sa propre expérience, et la seconde invite le chercheur à interpréter la démarche du participant. Dès lors, la composante phénoménologique permet au chercheur d'accéder à l'expérience du participant, tandis que la composante herméneutique l'incite à la prudence puisque sans la phénoménologie, il n'y aurait rien à interpréter et sans l'herméneutique, c'est-à-dire sans mise en contexte valable, le phénomène ne pourrait pas être observé adéquatement. Ensuite, l'approche idiographique permet de porter une attention méticuleuse aux détails.

Je vais ainsi tenter d'explorer la relation entre le patient et le soignant lors du soin spirituel. Cette relation constitue, en effet, une expérience phénoménologique au sens large, car elle est, d'abord, une invitation à la suspension, à une mise entre parenthèses du monde où, en plongeant à l'intérieur d'eux-mêmes pour créer la relation, le patient et le soignant sont invités à analyser leurs ressentis, leurs sensations, leurs émotions pour accéder à leur spiritualité.

Le contexte thérapeutique auquel je vais m'intéresser sera documenté par les écrits de Frankl ainsi que par les réflexions d'auteurs en soins infirmiers. Le corpus qui concerne plus spécifiquement le ministère médical est assez complexe à définir dans la mesure où le seul livre de Victor Frankl sur le ministère médical n'existe plus. En effet, Frankl en a terminé la rédaction la veille de son arrestation par la Gestapo et son enfermement dans les camps de concentration. Il a essayé de sauver ce manuscrit, mais celui-ci a, alors, été définitivement perdu. Je m'attacherai donc à retrouver, dans chacun de ses ouvrages traduits en français, les références au ministère médical.

### 1.2.3. La posture théorique expérientielle

Concrètement, dans ce travail, ma posture de recherche sera celle de la sensibilité théorique et expérientielle au sens de Paillé (2010, p. 152). En effet,

La plupart des chercheurs en sciences humaines et sociales travaillent en fait sur des sujets forts différents au cours de leur carrière et ce sont alors leurs compétences génériques qui sont plus sollicitées. La notion de sensibilité théorique et expérientielle (qui postule l'existence, sous-jacente, de ces compétences génériques) pourrait, du même coup, être complétée par la référence au savoir-faire méthodologique.

Cette notion est encore précisée par Mucchielli (2002, p. 225) :

[La] sensibilité théorique renvoie à la possibilité, pour un chercheur, de faire une lecture théorique nuancée d'un phénomène. Il ne s'agit pas d'appliquer un cadre théorique préalable [...], mais bien plutôt de nommer, avec un appareil conceptuel approprié, le phénomène en cause dans un vécu, une situation ou une action. C'est donc mettre à profit les mots, les concepts, la terminologie hérités de la formation disciplinaire ou acquis au fil de l'expérience de recherche avec comme objectif de hisser à un niveau plus élevé d'abstractions et de valeur explicative le regard posé sur un vécu, une situation ou une action. La sensibilité est une condition sine qua non à toute analyse qualitative dépassant la simple description des données. Elle est liée à la formation fondamentale et continue du chercheur ainsi qu'à son expérience.

L'approche phénoménologique alliée à la posture théorique expérientielle devrait rendre possible l'établissement d'un « rapport harmonieux entre savoir et action » afin « de mieux préparer les professionnels à leur pratique » (Lhotellier et St-Arnaud, 1994, p. 94) En effet, ceci devrait permettre d'inventer un savoir par l'action pour que cette action devienne encore plus « performante ». (1994, p. 95)

#### 1.2.4. Une démarche praxéologique

La démarche adoptée dans cette recherche peut être qualifiée de praxéologique au sens où l'entendent Lhotellier et St-Arnaud (Lhotellier et St-Arnaud, 1994, p. 96). En effet, selon ces deux auteurs, du département de psychologie de l'Université de Sherbrooke,

La praxéologie est une démarche construite (visée, méthode, processus) d'autonomisation et de conscientisation de l'agir (à tous les niveaux d'interaction sociale) dans son histoire, dans ses pratiques quotidiennes, dans ses processus de changement et dans ses conséquences. (Lhotellier et St-Arnaud, 1994, p. 95)

Ils attirent également l'attention du chercheur sur deux points de définition importants. Comme la praxéologie constitue une contribution au mieux-être d'une société qui se construit plus consciemment, il convient de ne la confondre ni avec le pragmatisme, où seule la réussite compte, ni avec l'utilitarisme où seul l'intérêt compte. De même, la démarche praxéologique exige un va-et-vient constant entre théorie et pratique (c'est là où l'on retrouve aussi la sensibilité théorique et expérientielle au sens de Paillé), car parler de théorie sans la relier à une pratique provoque un discours abstrait plaqué sur du concret et ignorer le retour de la pratique sur la théorie conduit uniquement à la conceptualisation d'une pratique.

À cet égard, il paraît évident que ce travail aurait nécessité d'être mis en application pour en vérifier la pertinence ou l'exactitude. Cependant, comme l'accès direct aux patients ou aux soignants est difficilement réalisable dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, ce travail considérera donc les articles rédigés par les soignants comme étant les seules sources « pratiques » accessibles.

Ainsi, la démarche praxéologique est interprétée, dans le cadre de ce mémoire, comme une réflexion sur l'action qui repose, d'une part, sur des propos de praticiens et, d'autre part, sur une proposition théorique. Celle-ci reprendra, à son compte, les notions de ministère médical de Victor Frankl et de ritualité ; il s'agit donc toujours d'envisager la pratique, le *faire* du soin spirituel, à la lumière des grands principes de la logothérapie. Le chapitre 4 présentera un modèle d'intervention qui correspond à ces principes.

On pourrait dire, en somme, que ce mémoire constitue « une première partie » d'une démarche praxéologique, qui sera sans aucun doute être mise à l'épreuve dans le cadre d'une pratique professionnelle des soins spirituels.

## CHAPITRE II

### LA RELATION EN SOINS SPIRITUELS

Avant d'aborder les concepts développés par Victor Frankl, il paraît nécessaire de s'interroger sur la notion de soin, ses spécificités et ses particularités tant cette notion a évolué historiquement et tant elle a été connotée par la religion catholique. Dans ce travail, le soin sera, après cette explication, entendu comme étant un soin spirituel. Cela implique que l'on s'attachera à définir la notion de spiritualité, en la différenciant de la religion et en mettant en évidence ses implications dans le soin. Cette délimitation sémantique et historique posée, on s'interrogera sur la relation qui se crée, lors d'un soin, entre le soigné et le soignant afin de tenter de comprendre la manière dont elle peut se construire et, ensuite, on s'interrogera pour savoir si la spiritualité peut avoir une incidence sur cette relation de soin.

Dès lors, dans une première section, seront abordées les définitions permettant de brosser un tableau du soin et de la spiritualité. Cependant, il est évident que cette section ne saurait être exhaustive parce que ces deux notions sont complexes et largement discutées dans la littérature académique et qu'elles ne constituent pas le sujet de ce mémoire. Dans une deuxième section, on abordera la relation qui se crée entre le soigné et le soignant, d'abord sous l'angle relationnel, puis en y intégrant la spiritualité.

## 2. 1. Soins et spiritualité, une nécessaire délimitation

Parler de soins spirituels dans le milieu de la santé est un phénomène relativement nouveau. En effet, les dernières décennies ont été marquées par les nombreuses avancées technologiques dans le monde médical, accentuant une perspective corporelle au détriment de toute autre considération. Si la rationalité technique dans le système de santé a largement contribué à la déshumanisation des soins, la maladie et l'hospitalisation conduisent souvent le soigné à découvrir ou redécouvrir un « lieu intérieur ». (Désaulniers, 2009) C'est ce qu'énonce encore Pépin (2001, p. 1) :

Les discours émergents sur le sens, la spiritualité et les religions dans le domaine de la santé, et particulièrement dans le milieu infirmier, sont le signe d'une re-connaissance ou encore d'une re-découverte de la dimension spirituelle de l'humain, de même que du lien entre cette dimension spirituelle et la santé.

On peut, d'ores et déjà, mettre en évidence que de cette expérience, peuvent surgir divers besoins spirituels relatifs à la quête de sens, la transcendance, la nécessité d'être relié, d'être reconnu... et ces besoins peuvent s'exprimer lors d'une relation soigné soignant empreinte de spiritualité. (Benoit, 2007)

### 2.1. 1. Qu'est-ce qu'un soin ?

S'il est universellement reconnu que la médecine occidentale tire son origine et sa finalité de la faiblesse humaine à la naissance et des défaillances continues tout au long de la vie, on peut présumer que le soin devrait permettre au malade de retrouver son bien-être, même si l'application du soin diffère pour chaque être vivant et chaque époque.



C'est ainsi que selon Worms (2006, p. 143), le soin constitue « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même ». On peut, d'ores et déjà, noter que cette définition ne produit aucune distinction entre l'approche corporelle et l'approche relationnelle du soin, ce qui implique un soin global, en liaison avec « l'enveloppe charnelle », mais aussi autre chose. Reste à définir cette « autre chose ».

Si l'on consulte le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, on y constate que soigner est, tout à la fois, « avoir soin de quelqu'un, de quelque chose » et « donner des soins à un malade, rétablir la santé d'une personne, d'un animal ». On peut donc, d'ores et déjà, en déduire que les soins et, a fortiori, les soins médicaux constituent, d'une part, l'ensemble des connaissances, des compétences et des techniques relatives à la conception et d'autre part, la mise en œuvre, par un personnel soignant, de ces compétences au moyen d'actes de soins. Notons aussi la définition des soins palliatifs donnée en 2002 par l'Organisation mondiale de la Santé (Portail des soins palliatifs en Wallonie, 2019) :

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance identifiée précocement et évaluée avec précision ainsi que par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Cette définition est importante, car, pour la première fois, elle place la douleur spirituelle sur le même pied que la douleur physique.

De ces deux définitions, on peut donc déduire que « l'autre chose » évoquée précédemment pourrait être une relation, mais aussi un soin psychologique ou spirituel.

C'est ce qu'évoquent Francine Saillant et Éric Gagnon (Viard, 2014, p. 33) pour qui le soin est :

Un ensemble de gestes et de paroles, répondant à des valeurs et visant le soutien, l'aide, l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps et leur esprit, donc limitées de manière temporaire ou permanente dans leur capacité de vivre de manière « normale » ou « autonome » au sein de la collectivité.

Avec Viard et Worms, on peut conclure de ces définitions que le mot « soin » est le plus souvent confondu avec le verbe « soigner » (Viard, 2014, p. 29) ; que « le soin est pensé comme la réponse à un besoin, une attente, une nécessité et plus simplement, à une prescription » (Viard, 2014, p. 17) et que le soin est « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même. » (Worms, 2006, p. 143)

Le soin ne peut donc pas se penser sans un acte de soin, c'est-à-dire sans la création d'une relation au cours de laquelle s'exprime cet acte de soin.

Cette définition pose immédiatement une autre difficulté, car soigner, c'est soigner quelque chose, mais c'est aussi soigner quelqu'un. Il existe dès lors une possibilité pour qu'un malade se retrouve confronté à deux logiques assez différentes : la logique du soin technique et celle du soin relationnel. C'est, d'ailleurs, ce que signale Viard (2014, p. 35) :

Actuellement, les soins découlent d'une démarche clinique qui oriente les activités à partir des besoins de la personne. La relation en tant que telle n'est identifiée que dans le cadre des besoins du patient. Cette approche d'un soin bifocal permet de comprendre en quoi le sujet du soin est important. Dans la proposition différente faite par Frédéric Worms, le soin n'est pas « une seule, mais deux sortes de relations entre des subjectivités ». [...] En situation, aborder la pratique avec ces deux niveaux d'analyse peut permettre de

comprendre ce que l'interaction engage comme coconstruction de sens pour le soigné et le soignant et ensuite pour les deux, ensemble. La question du sens du soin dépasse donc très largement l'aspect purement thérapeutique.

On retrouve une conception identique sur le site du Gouvernement du Manitoba (consulté le 14 juillet 2019) :

Pour prendre soin de l'être humain dans son intégralité, il faut se pencher sur chaque aspect de ce qui rend une personne humaine. L'aspect le plus manifeste est notre corps. Le deuxième est celui de la pensée, de l'utilisation de notre esprit. Le troisième est le fait d'avoir des sentiments, un aspect qui découle de nos émotions et qui forme l'énergie dynamique de nos relations. Puis, le quatrième aspect d'une personne est la spiritualité. La définition de celle-ci évolue constamment puisque la compréhension de cet élément essentiel aux soins de santé change continuellement.

En conclusion, on peut donc avancer que le soin est désormais fondé sur un concept de bien-être global, car un besoin physique de soins de santé, comme dans le cas d'une maladie, peut être le symptôme d'un besoin plus profond et plus complexe de guérison d'une personne dans son intégralité, dont l'un des aspects essentiels réside dans la spiritualité. On tentera plus loin dans ce mémoire de se demander si c'est cette logique qui a conduit Didier Caenepeel (2013, p. 25) à affirmer que « tout soin, pour être véritablement un soin, doit être essentiellement spirituel. »

De plus, le soin est aussi constitué par la relation qui se construit entre le soigné et le soignant, car tous deux interviennent dans la relation de soin avec l'identité et les rôles que la société est susceptible de leur avoir attribués ou de leur reconnaître, mais aussi avec leur histoire, leur passé, leurs expériences, leur vécu...

### 2.1.2. L'impossible définition de la spiritualité

Définir le mot spiritualité paraît une gageure impossible sans se pencher rapidement, au préalable, sur le terme de religion tant les deux notions sont étroitement liées. De plus, comme on le verra par la suite, Frankl distingue clairement ces deux notions, délaissant l'une au profit de l'autre.

La plupart des définitions que nous évoquerons dans les prochaines pages proviennent d'auteurs qui œuvrent dans les domaines du soin. Elles se distinguent des nombreuses définitions de la religion et de la spiritualité servant d'assises aux travaux en sociologie des religions, lesquels adoptent une perspective plus constructiviste. Le choix fait dans ce mémoire, de travailler à partir de définitions développées dans les domaines liés au soin permet d'identifier et de distinguer la religion et la spiritualité comme deux champs *d'expérience* qui, par conséquent, peuvent devenir objets de soins.

La plupart des auteurs dans les domaines du soin définissent d'abord la religion, afin de mieux identifier ensuite la façon dont la spiritualité s'en détache. Ainsi pour Branchi (2014, p. 26), la religion impliquait « un investissement personnel dans la relation à l'être transcendant et une connaissance du savoir dispensé par la doctrine religieuse ». De même, si l'on en croit Jacques (1999, p. 90), durant des siècles, « la religion était donc le lieu de la spiritualité. Nul n'aurait imaginé que le spirituel pourrait se vivre hors du religieux. » Et pourtant...

On peut évoquer la définition de Reeber citée dans Branchi (2014, p. 26) :

Chaque religion comporte un ensemble organisé de croyances et de représentations, d'observances et de rites, d'institutions et de liens, capables,

dans la fidélité au charisme d'un fondateur, de produire une communication symbolique avec une puissance surnaturelle ou un être divin.

La spiritualité couvre un champ d'expérience plus vaste que la religion, si l'on en croit encore Branchi (2004, p. 27) :

Historiquement, la spiritualité était perçue comme la caractéristique des personnes très religieuses. Or, de nos jours, le modèle de la spiritualité a quelque peu dépassé, celui de la religion puisqu'il accueille sous la même dénomination la catégorie du « spirituel et non religieux ».

Le terme spiritualité proviendrait des mots latins « spiritus », qui signifie « souffle de vie », et « spiritualis » qui désigne une « personne de l'esprit ». Étymologiquement, la spiritualité appartient, donc, à l'origine, au langage religieux qui désigne une personne imprégnée de « l'esprit de Dieu ». Au Moyen-Âge, elle désigne même une personne ayant consacré sa vie à la religion (Branchi, 2014, p. 21).

Cependant, le terme demeure vague, comme le fait, par exemple, remarquer Branchi (Branchi, 2014, p. 27) en citant le philosophe contemporain André-Comte-Sponville, pour qui la spiritualité constitue « notre rapport fini à l'infini ou à l'immensité, notre expérience temporelle de l'éternité, notre accès relatif à l'absolu. » Pour lui,

La spiritualité est une expérience personnelle et singulière qui dépasse le cadre du langage. Il tente tout de même, dans son livre « L'esprit de l'athéisme », de décrire certaines caractéristiques propres à l'expérience spirituelle capable d'induire, entre autres, des sentiments intérieurs de plénitude, d'unité, de liberté et d'indépendance. Il évoque également des exemples de situations qui produisent chez l'être spirituel un sentiment de paix profonde, de sérénité et d'acceptation. Ces situations sont marquantes tant par le mystère, le silence ou la simplicité qui s'en dégagent.

En fait, selon certains auteurs, on pourrait même remplacer le terme de religion par le concept de spiritualité, tant, dans la littérature contemporaine des domaines liés aux soins, ces concepts sont fréquemment considérés comme interchangeable. Or, pour d'autres auteurs, il semble que la spiritualité existe en dehors du champ du savoir religieux, car elle relève plutôt du champ de l'expérience. C'est ainsi que pour Wright et son équipe de la faculté de la santé et des sciences sociales de l'Université de Cumbria en Angleterre (cité dans Branchi, 2014, p. 27), « la spiritualité est un centre solide et sécurisant situé à l'intérieur de soi. Cet espace est un lieu de stabilité, alors que le monde extérieur, sans cesse bouleversé, est rempli d'incertitudes. »

Selon Jacques (1999, p. 91) :

Aujourd'hui, la spiritualité secoue le joug du religieux; elle s'en affranchit au nom d'un affrontement entre ouverture et enfermement. [...] En témoigne également l'essai quasi-pamphlétaire *L'Homme-Dieu* ou le sens de la vie de Luc Ferry. Celui-ci appelle « à une spiritualité authentique, débarrassée de ses oripeaux théologiques, enracinée dans l'homme et non dans une représentation dogmatique de la divinité ». Sous la plume de Ferry, le fossé entre spiritualité et religion est creusé par l'opposition entre l'exigence d'authenticité - synonyme ici d'intériorité - de la liberté et de l'autonomie modernes et l'extériorité des autorités et des dogmatismes habillés d'oripeaux - donc synonyme d'inauthenticité.

Selon Vornax et Lavoie (2011, p. 316), « la spiritualité est un fait empirique (qui) se laisse voir, saisir, délimiter et apprécier par autrui, telle qu'elle est réellement » tandis que selon Potter et Perry, cités dans Gaillard Desmedt et Shaha (2013, p. 20), la spiritualité peut être définie comme « un souffle de vie ou comme la dimension centrale de l'être humain qui infiltre chacun des aspects de sa vie ». Même si le terme de spiritualité est parfois considéré comme un « descripteur général, flou et ambigu » (Branchi, 2014, p. 22), une tendance existe donc, pour que, avec Dupond, cité dans Branchi (2014, p. 22), on souligne que :

Chaque histoire humaine est unique, il n'y a pas et ne peut y avoir de spiritualité unique, qu'elle soit religieuse ou laïque. Chaque corps parle et interroge différemment le monde de sens et de significations. Chaque esprit libre pense le monde à son image, en fonction de son monde, de son époque et de sa culture. [...] La spiritualité n'est pas réductible à une catégorie de pensée. Elle est l'expression même de la vie, de toute vie ; elle est consubstantielle à la nature humaine.

Enfin, selon un manuel de soin infirmier cité dans Jacques (1999, p. 96),

La spiritualité est multidimensionnelle; les deux dimensions les plus fréquemment citées sont la dimension existentielle et la dimension religieuse. La dimension existentielle vise le but (*purpose*) et la signification (*meaning*) de l'existence; la dimension religieuse concerne la relation personnelle (*one's relationship*) à Dieu ou à une Puissance supérieure. [...]

La religion est un système organisé de culte (*worship*). Les religions ont des croyances centrales, des rituels et des pratiques habituellement reliés à la mort, au mariage et au salut. Elles comportent aussi souvent des règles de conduite applicables à la vie quotidienne. Plusieurs personnes satisfont leurs besoins spirituels à travers une religion spécifique ou un cadre (*framework*) religieux.

Si on comprend bien l'ensemble de ces définitions, la spiritualité fait l'objet d'interprétation ample, illimitée, englobant l'expérience religieuse, alors que la religion serait clairement et rigoureusement définie. C'est un peu comme si la spiritualité témoignait d'une relation quasi personnelle et dynamique du croyant avec son Dieu ou sa puissance supérieure tandis que la religion se scléroserait dans des normes, des rites et des pratiques rigides. C'est d'ailleurs une distinction largement reprise par les soignants afin de mieux positionner l'objet de leur pratique.

Il y a donc là une opposition entre religion institutionnelle (ou institutionnalisée) et spiritualité individuelle, cette dernière dépassant quasiment toute forme de religion pour se manifester dans une quête de sens et d'authenticité, d'harmonie et de relation à l'Autre, quel que soit cet autre. C'est encore ce que semble confirmer Branchi en

citant André Comte-Sponville qui, dans *L'esprit de l'athéisme* (Branchi, 2014, p. 24), envisage la spiritualité comme

[u]ne spiritualité de la fidélité plutôt que de la foi, de l'action plutôt que de l'espérance [...], enfin de l'amour, plutôt que de la crainte ou de la soumission. Il s'agit moins de croire que de communier et de transmettre, moins d'espérer que d'agir, moins d'obéir que d'agir.

Citons encore le site du Gouvernement du Manitoba, consulté le 14 juillet 2019, qui précise que :

Les gens cherchent un sens à la vie afin de vivre authentiquement les uns avec les autres. Ils peuvent trouver ce qu'ils recherchent dans un ensemble de croyances spirituelles particulières, qui guide le but ultime de leur vie.

De l'ensemble de ces définitions, il est possible de conclure en disant que la spiritualité implique, pour chaque personne, de manière empirique, la recherche d'un sens à sa vie, que ce soit dans les relations familiales, religieuses, ou encore en adhérant à des valeurs plus générales (naturalisme, rationalisme, humanisme ou même écologie...). De ce fait, la spiritualité contribuerait à la santé de maintes façons, car elle pourrait avoir des incidences sur la compréhension de sa santé par un malade, de la maladie par les personnes nécessitant des soins, mais aussi chez ceux qui fournissent ces soins.

C'est d'ailleurs ce que des chercheurs ont tenté de démontrer. En effet, Branchi (Branchi, 2014, p. 15) évoque dans sa thèse qu'à la suite d'analyses neuropsychologiques, Aquili et Newberg en sont venus à proposer quatre caractéristiques de l'expérience spirituelle. La première concerne le sentiment profond d'unité qui résulte de cette expérience. Ce sentiment existe et persiste au-delà des différences individuelles. La deuxième porte sur le sentiment de cohérence et d'harmonie éprouvé par celui qui observe une religion alors qu'il est inclus dans un



système organisé qui le surpasse. La troisième caractéristique réside dans la conviction profonde qu'il existe une continuité intégrant la composante individuelle dans une matière universelle. La dernière caractéristique réside dans la certitude inébranlable qu'une telle expérience existe en tant que manifestation d'une réalité objective et objectivable pour autant que nous en ayons les moyens. Pour ces chercheurs, bien qu'il existe aussi une forme de spiritualité laïque, l'expérience spirituelle inclut l'expérience religieuse, car « les expériences spirituelles sont universelles dans leur démarche, et les significations ne sont ni d'un temps particulier, ni d'un lieu, ni d'une tradition, ni d'une église ». (Besson cité dans Branchi, 2014, p. 15)

Enfin, une revue de la littérature médicale (Rivier, 2008, p. 11) révèle 92 définitions différentes de la spiritualité, réparties en sept catégories variant en fonction de certaines caractéristiques individuelles telles que la foi, la capacité d'aimer et de s'abandonner :

- une relation à Dieu, à un être spirituel, à un pouvoir plus grand, ou à une réalité plus grande que le soi (*self*),
- qui n'appartient pas au soi (*not of the self*),
- le transcendant, le fait d'être relié (*connectedness*), sans relation avec une croyance en un être supérieur,
- l'existential (relatif à l'existence en tant que réalité vécue, en tant que le fait d'être) ou qui n'appartient pas au monde matériel,
- le sens et le but dans la vie,
- la force de vie, l'élan vital d'une personne,
- des définitions additionnelles combinant de multiples thèmes.

Honoré, dans *L'esprit du soin* (2011, p. 53-54), évoque, quant à lui, Claude Rougeron qui classe les besoins spirituels en trois groupes : cognitifs, existentiels et émotionnels. Les besoins spirituels cognitifs découlent du besoin de reconnaissance de soi, en tant que personne vivante. Ils se manifestent dans la présence. Les besoins spirituels existentiels se relient au besoin d'exister et de se réconcilier avec soi et les

autres, par exemple : le besoin de lutter pour accepter la mort, la culpabilité ressentie aux derniers instants, le besoin de rester dans la mémoire collective ou de partir avec un sentiment de solidarité et de paix. Il s'agit du besoin d'être pardonné « imposé par la fin de vie ». Enfin, les besoins spirituels émotionnels correspondent à la façon, parfois presque dramatique, dont le malade en fin de vie éprouve chaque émotion. Celui-ci manifeste ainsi un profond besoin de relation. Cette typologie permet de comprendre quels aspects de la spiritualité peuvent se dévoiler au cours d'une relation soigné soignant et qu'ils se manifestent alors d'une manière particulièrement aiguë.

Pour clôturer cette brève recension des définitions de la spiritualité, on retiendra la définition donnée par le Guide du Médecin Vaudois (Rivier, 2008, p. 4) :

La spiritualité est une démarche cognitive de l'homme se caractérisant par la recherche d'un sens et d'un but pour son existence. Cette recherche de sens peut être fondée sur des croyances, religieuses ou non, ou sur une attitude philosophique, morale, artistique ou scientifique. Elle peut entraîner des pratiques dites spirituelles. Elle fait partie du développement de l'homme. Le sens, les valeurs et la transcendance permettent au patient de se définir spirituellement.

Il s'ensuit, dans le domaine de la santé (Rivier, 2008, p. 14), que :

La spiritualité de la personne hospitalisée est définie par la cohérence singulière qu'elle donne à connaître lorsqu'elle déclare son sens à l'existence, manifeste ses valeurs et désigne sa transcendance. Cette cohérence fonde son identité.

La spiritualité peut donc constituer un mode d'approche particulier pour la relation qui va se créer entre un patient et un thérapeute lors d'un soin parce que la spiritualité s'épanouit toujours dans une relation.

## 2. 2. Soins et spiritualité, impact sur la relation

### 2.2.1. Soins et spiritualité, médiation active dans un espace significatif

L'attention portée à la relation ne semble pas être considérée comme prioritaire dans le monde du soin. En effet, si elle n'en est pas totalement absente, elle est souvent associée au service du soin technique, avec comme objectif de le rendre plus efficace et plus opérationnel. Comme le suggère Viard (2014, p. 148), il faut cependant distinguer la relation de soin et la relation au soin :

La relation DE soin est un espace d'engagement que le soignant construit entre lui-même et le patient. La relation AU soin est un positionnement personnel, professionnel, scientifique... que le soignant adopte au regard d'une relation qu'il établit, grâce à la médiation, aux représentations et aux valeurs qui fondent son intervention.

Caenepeel ajoute, quant à lui, que la dimension du soin ne peut s'épanouir que dans une relation : « Un soin acquiert sa dimension de soin lorsqu'il est inscrit et soutenu *dans et par* une relation » (2013, p. 29).

À cet égard, Viard (2014, p. 161) relate une histoire significative :

Un pédopsychiatre interrogé sur ce sujet nous répond : « Quand on est en relation avec le patient, il faut oser une certaine impulsivité relationnelle ». Mais elle n'est possible qu'appuyée sur de solides bases théoriques, une préparation minutieuse du soin et une connaissance la plus complète possible du patient sur sa manière d'être en relation avec les autres. À l'instar des clowns à l'hôpital qui « ne font pas un numéro sur commande, mais s'adaptent avec beaucoup de finesse à la réalité du patient, à son âge, son état du moment, ainsi qu'aux indications données par l'équipe de soins », le soignant peut oser la relation avec le patient parce qu'elle est préparée et réfléchie. Le médecin évoqué plus haut nous a précisé « qu'improviser c'est : ne pas préparer. Pour

une relation humaine, c'est sûrement possible, pour une relation de soin c'est impossible, voire dangereux pour le patient et pour le soignant ».

On pourrait donc représenter l'espace de la relation comme Viard (2014 p. 319) :

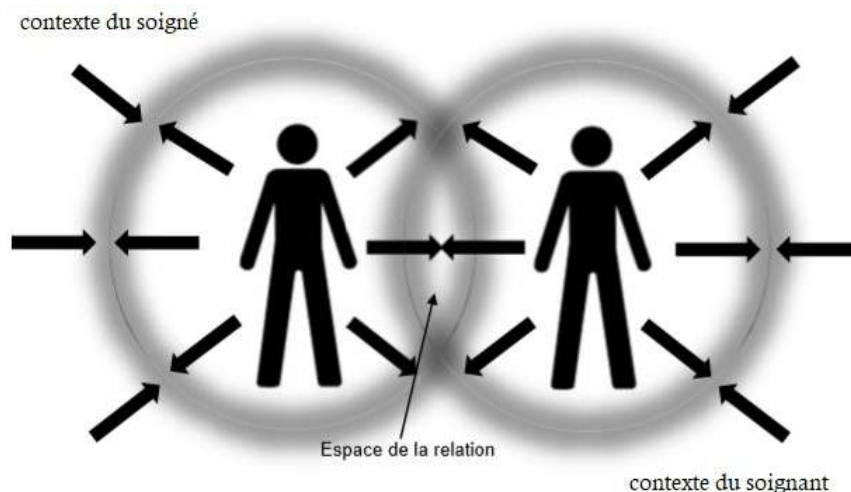


Figure 2.1 : L'espace de la relation

Ce schéma de l'espace de relation « normal » illustre parfaitement que la dimension relationnelle du soin ne constitue pas une structure rigide, mais plutôt un processus, structuré dès sa conception, mais aussi modelé par l'activité de soin elle-même. Il y a alors enchevêtrement des espaces significatifs du soignant et du soigné. Cet enchevêtrement se construit, notamment, au moyen du corps puisque c'est lui, dans son ensemble global, corps et esprit, qui permet au soignant et au soigné de prendre conscience de leurs opinions, représentations, ou croyances respectives.

Lors d'une maladie, cet espace se modifie (Viard, 2014 p. 321) :

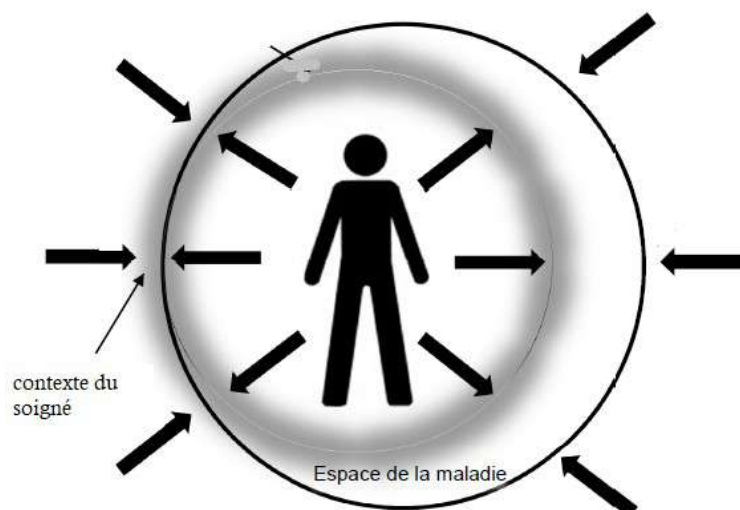


Figure 2.2 : L'espace de la maladie

Or, être soignant est ancré durablement dans l'identité personnelle du soignant, construite par ce qu'il est en tant qu'individu, avec un parcours de vie qu'il met lui-même en récit dans sa relation au soigné. Le soignant devient, alors, soignant parce qu'il se reconnaît comme soignant, mais aussi parce que le soigné, lui aussi, le reconnaît comme un soignant.

La relation évolue donc encore une fois comme l'illustre le schéma ci-dessous (Viard, 2014, p. 323).

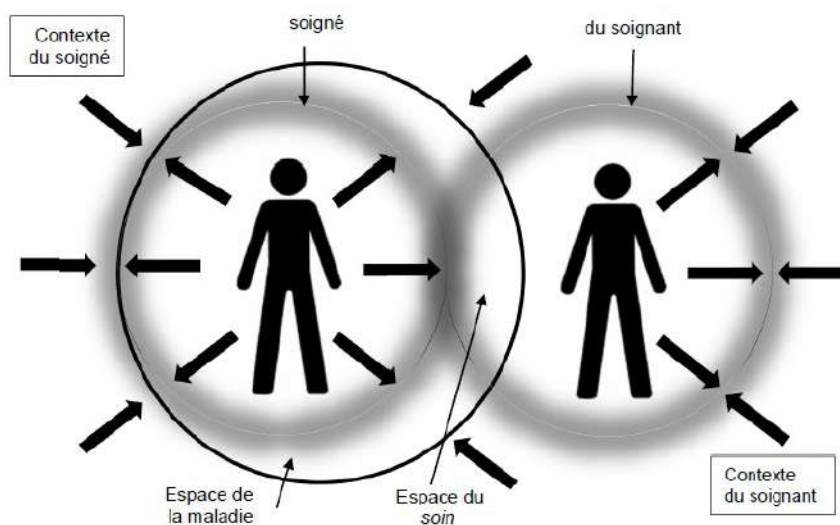


Figure 2.3 : L'espace de relation soignant-soigné

Il ressort clairement de ce schéma que l'intervention du soignant se fait dans l'espace de la maladie du soigné. De ce fait, le soignant doit prendre en compte cet espace qu'occupe la maladie afin d'adapter son espace thérapeutique, son soin et la relation qu'il construit en conséquence avec son patient.

Viard précise à ce sujet (2014, p. 323) que :

C'est ainsi que l'espace du soin doit recouvrir l'ensemble des interventions nécessaires au traitement de la maladie, de ses conséquences ou des risques possibles, qu'ils soient psychologiques, sociaux ou relatifs à toutes les dimensions de l'être humain relié à sa culture, son identité ou sa spiritualité.

C'est ce que Dautais exprime en d'autres termes (2011, p. 341) :

Prendre soin c'est avant tout prendre soin de la vie, de ce qui est vivant, de ce qui va bien, de la force de vie qui habite la personne, de son désir intérieur... et fondamentalement de la personne elle-même. Le patient ne peut être résumé à son mal encore moins au diagnostic ou au cas clinique, il doit être pris en considération en tant que personne au-delà de la maladie qui l'affecte. La relation au sujet est donc fondamentale.

En réalité, les soignés veulent donc que, dans la relation qui les unit aux soignants, ceux-ci soient des professionnels, savants et techniciens, mais qu'ils puissent aussi sentir leurs souffrances, écouter leurs plaintes, patienter devant leurs doutes et leurs errements. Ainsi, comme Vannotti le propose (Vannotti, 2002, p. 218), en citant Rochat, dans la relation soigné soignant, « le sens de l'expérience partagée, [...] émerge de la réciprocité » et plus précisément, cette relation « peut alors se définir comme un cheminement commun qui se construit progressivement, en s'orientant au départ des moments significatifs de la relation. » (Vannotti, 2002, p. 224)

Ainsi, la relation soigné soignant est-elle une construction réalisée à deux au moment de la rencontre et dans un espace-temps hors du temps et de l'espace. C'est ce nouveau contexte relationnel que précise Stern (cité dans Vannotti, 2002, p. 224) :

Un « moment présent » qui est thérapeutiquement saisi et mutuellement reconnu peut devenir un « moment de rencontre ». Cela requiert de chaque partenaire qu'il apporte quelque chose d'unique et d'authentique lui appartenant en propre en réponse au « moment présent ». La réponse ne saurait être une application de la technique ni une réponse thérapeutique habituelle. Elle doit être créée sur le champ pour s'ajuster à la singularité de la situation inattendue, et elle doit porter la signature du thérapeute en tant qu'elle provient de sa propre sensibilité et de sa propre expérience, au-delà de la technique et de la théorie.

De cette relation extraordinaire devrait alors se déployer un moment de rencontre particulier où les deux partenaires (soigné et soignant) de la coconstruction sauront que l'autre sait et comprend. Cela devrait les rendre « plus ouvert(s) au savoir relationnel implicite [...] progressivement développé tout au long de (l') existence » (Vannotti, 2002, p. 234) et donc plus sensibles à la compréhension de l'autre dans sa globalité corporelle, psychologique et spirituelle.

### 2.2.2. Soins et spiritualité, une présence active dans la relation

Si on considère la définition de la spiritualité du Guide du Médecin Vaudois (Rivier, 2008, p. 4), celle-ci répond fondamentalement au besoin de trouver un sens et une raison aux événements de la vie, et par voie de conséquence, aux événements relatifs à la santé et aux soins. Il peut être opportun de rappeler ici cette définition :

Cette recherche de sens peut être fondée sur des croyances, religieuses ou non, ou sur une attitude philosophique, morale, artistique ou scientifique. Elle peut entraîner des pratiques dites spirituelles. Elle fait partie du développement de l'homme.

Cependant, dans notre société contemporaine, tout semble opposer ces deux termes de santé et de soins tant la virulence des propos, les sous-entendus ou partis pris s'expriment très vite lorsqu'on aborde la spiritualité dans le soin. Et pourtant... Jusqu'à il n'y a pas si longtemps, le curé du village cultivait son propre jardin potager garni de légumes, mais aussi de « simples » et de plantes médicinales variées. Il avait en charge le soin des âmes, mais il n'était pas rare qu'il prenne aussi en charge le soin des corps. Cette promiscuité entre les deux types de soins fait encore partie du paysage traditionnel que l'on trouve dans de nombreuses sociétés contemporaines africaines ou asiatiques. (Viard, 2014, p. 48) Il y a donc là une liaison du soin, du corps et de l'esprit dans la relation qui lie le soigné et le soignant.

N'oublions pas, également, un point essentiel de notre société influencée par le christianisme : la charité, vertu théologique par excellence, a longtemps été à l'origine de l'engagement des premières communautés religieuses auprès des malades. Leur relation au patient était guidée par ces deux premiers commandements chrétiens d'aimer Dieu puis d'aimer son prochain comme soi-même. Cette relation à Dieu et au prochain a donc largement contribué à la définition de la relation de soins au fil du temps.



C'est ainsi qu'au Moyen Âge, lors de l'apparition des premières communautés de religieuses, celles-ci se tournent naturellement vers les fonctions conjuguées de priantes et de soignantes. En effet, dans ces communautés, la règle institue souvent la nécessité d'être « priant », mais également de vivre la charité et l'amour envers les plus pauvres. Par exemple, le duc de Bourgogne Eudes III installe, à Dijon, un hôpital, qu'il confie aux religieux du Saint-Esprit. Selon Viard (2014, p. 58) :

Les sœurs avaient spécialement en charge les malades et les enfants, qu'elles devaient servir avec charité. Les soins y étaient prodigués aux pauvres, aux malades, aux femmes enceintes et aux enfants abandonnés. Les activités étaient organisées par journée, les sœurs lavent la tête le mardi, les pieds le jeudi aux malades hospitalisés, et les linges sont lavés par elles lorsqu'il est prescrit.

Dans ces établissements, les religieuses ont une activité d'assistance spirituelle importante pour les malades qui bien souvent prime le traitement de la maladie physique. (Viard, 2014, p. 59) La spiritualité est donc, très tôt, liée à l'idée des soins.

Cette relation est tellement importante et reconnue que si la Révolution française supprime les ordres religieux, elle maintient les sœurs hospitalières vu leur prestige, mais aussi, il faut aussi le reconnaître, à cause des conséquences possibles que leur disparition, au nom des principes égalitaires, ferait peser sur la santé publique. (Viard, 2014, p. 60) Aujourd'hui, avec la laïcisation et la rationalisation des politiques publiques, il existe une tentative pour nier les racines historiques des pratiques sociales et/ou spirituelles du soin. Cependant, de nombreux soignants tendent aujourd'hui à réaffirmer ces valeurs. C'est ce qu'illustre encore Viard lorsqu'il écrit (2014, p. 65) :

Cette évolution historique éclaire la pratique infirmière qui est à la fois profane et sacrée, activité et engagement. L'infirmier participe aux rites du maintien de la santé, dernier espace sacré que le citoyen ne souhaite pas voir sacrifier sur l'autel de la crise économique. Instituée en vestale citoyenne, l'infirmière est habilitée aux gestes techniques, autorisée par le législateur à réaliser certains actes, positionnée aux articulations d'un système de santé pluriprofessionnel.

Par ailleurs, les soignants utilisent même de nombreux outils et des échelles d'évaluation des problèmes d'ordre spirituel. Par exemple, le FACIT-Sp est une échelle d'évaluation du bien-être spirituel chez les patients à l'aide d'énoncés tels que : « je me sens en paix », « je ressens du réconfort dans ma foi ou mes croyances spirituelles », « je me sens en lien avec une puissance supérieure (ou Dieu) », « j'ai le sentiment que ma vie a un but ». L'appréciation subjective de ces réponses par le malade conduit à une mesure chiffrée du bien-être spirituel à partir d'une valeur numérique attribuée à des expressions telles que « pas du tout », « un peu » ou « beaucoup », appliquées à des besoins satisfaits ou non. À la lecture des réponses à ces énoncés, les soignants peuvent appliquer, dans leurs soins, des techniques telles que l'écoute active, le toucher, la présence attentive et empathique, l'empathie, la compassion, voire des approches complémentaires de soins, telles que la visualisation, le rire et l'humour, la musique et l'art, la méditation ou la prière selon les cas. Ainsi, et toujours selon Vornax et Lavoie (2011, p. 315), ces soignants sont censés engager « des formes de collaboration professionnelle avec des psychologues et des soignants reconnus comme experts dans le domaine de la religion et de la spiritualité (aumônier, animateur de pastorale, imams ou autres praticiens). »

À la lecture des informations relatives à ce type d'échelle, il paraît possible de mettre en évidence qu'elle présente la faiblesse d'ignorer d'autres dimensions de la spiritualité. En effet, puisque ces échelles varient d'une personne à l'autre, certaines dimensions évoquées dans les outils peuvent être significatives pour certaines personnes et pas du tout pour d'autres. De plus, il se peut aussi que les correspondances entre un fait hautement subjectif (l'appréciation d'un besoin spirituel) et un score donné à l'aide d'indicateurs chiffrés puissent être véritablement exagérées. (Vornax et Lavoie, 2011, p. 316)

Quoi qu'il en soit, force est de constater que l'expérience de la maladie et de la fin de la vie se traduit souvent par une perte et des changements, résonnant chez les malades sous la forme d'enjeux identitaires et donc, selon les auteurs consultés, inévitablement, spirituels. En effet, il est, alors, question de se perdre, en tout ou en partie, de laisser partir celui ou celle qu'on a été avant la maladie, d'adopter une nouvelle image, de nouvelles pratiques... (Vornax et Lavoie, 2011, p. 317-318) Comme l'exprime aussi Branchi (2014, p. 21), le cadre existentiel du malade « ayant subi des crises matérielles et concrètes entraînant une crise religieuse et spirituelle, il réclame du sens à son ressenti et à sa relation aux autres. »

Le spirituel reprend ainsi tout son sens dans la relation de soin. C'est d'ailleurs ce que confirme la D<sup>re</sup> Christian Puchalski (Branchi, 2014, p. 18) :

La pratique spirituelle représente pour elle un facteur positif en situation de fragilité telle que la maladie grave, parce qu'elle entretient l'espoir, permet un plus grand sentiment de contrôle, favorise l'acceptation de la situation, de même que l'émergence d'un sens à la maladie.

Ainsi, la maladie grave engendre une transformation personnelle et identitaire forte du soigné à partir du moment où des sentiments de permanence, de continuité, d'unicité et de cohérence, qui sont fondamentaux pour chacun, s'estompent ou se sont estompés.

Vornax et Lavoie (2011, p. 318) citent à ce sujet le travail de Mitchell et Gordon dans *Making sense of spiritual care* :

the essence of spiritual care is not about what we have to say or what wisdom we have to impart, rather it is our presence – that sense of « being there » and « being with » – that really matters.

On peut donc en conclure que l'accompagnement spirituel, dans la relation, est « un accompagnement humain, une présence respectueuse [...] pour lâcher-prise, retrouver ses balises avant le départ final » (Benoit, 2007, p. 23) ou, comme le note le Guide du Médecin Vaudois (Rivier, Hongler et Suter, 2008) :

Au-delà du langage, du rituel, de la religion, le spirituel est cet espace en soi secret où chacun construit le sens de sa vie, en s'interrogeant sur sa présence au monde et une transcendance possible.

C'est cet espace secret et spirituel que Victor Frankl met en évidence dans la notion de ministère médical parce que selon lui, c'est là et uniquement là, qu'il devient possible de procéder à un soin. C'est ce que nous allons maintenant voir.

## CHAPITRE III

### UN SYSTÈME DE VALEURS COHÉRENT

S'il est évident que le soignant qui dispense des soins spirituels ne soigne pas vraiment, car il ne possède aucune compétence médicale particulière, on peut, par contre, avancer qu'il intervient pour faciliter la communication entre la spiritualité du soigné et celle du soignant, même si celle-ci ne peut être mise en avant. Ainsi, comme l'écrit Melo Peirera (2004, p. 42) :

Pour permettre à la personne malade ou en état de grande fragilité de redonner un sens à ce qu'elle vit, le type d'accompagnement proposé sera déterminant. Pour tenir compte de la réalité que vit cette personne, et pour que le cheminement qui lui est offert lui soit réellement parlant, il est nécessaire d'inventer des nouvelles formes d'accompagnement en prenant comme point d'ancrage le sujet et ce qu'il vit plutôt qu'en proposant un modèle établi a priori qui viserait un « bénéficiaire » de services.

Même si elle n'est pas unanime, comme le reflète la littérature, une tendance se dessine pour que le personnel soignant dépasse l'habituelle neutralité médicale et s'implique émotionnellement dans sa relation au patient (Arsène, 2017). De plus, cette implication, par le biais de la spiritualité, semble produire des résultats intéressants sur le bien-être du patient, sa capacité à réagir ou à supporter son traitement, voire la simplicité d'envisager la mort plus sereinement, comme l'évoque Noël Simard (Simard, 2006, p. 118) :

D'autres recherches portant sur les besoins des personnes malades ont démontré que les gens ont des besoins spirituels plus grands en temps de maladie et que la prise en considération de ces besoins peut accroître les chances de guérison (Mueller, Plevak et Rummans 2001). Des sondages ont révélé que les personnes malades considèrent leur santé spirituelle aussi importante que leur santé physique. (Mueller, Plevak et Rummans 2001). D'autres études ont porté sur les conséquences, pour les professionnels de la santé, de la prise en considération des besoins spirituels des gens malades et de leurs familles (Post, Puchalski et Larson 2000; Koenig 2000; Mueller, Plevak et Rummans 2001; Sulmasy 2002; Astrow, Puchalski et Sulmasy 2001). Enfin, des recherches ont analysé les façons dont les individus aux prises avec des maladies sévères perçoivent la spiritualité et la religion et s'adaptent à la maladie (Büssing, Ostermann et Matthiessen 2005).

Pour illustrer cette démarche et tenter de l'enrichir d'un nouveau point de vue, il a paru intéressant de recourir à la théorie de la logothérapie conceptualisée par Victor Frankl. En effet, selon lui, l'existence humaine est toujours dirigée vers quelque chose ou quelqu'un d'autre, au moyen d'une recherche de sens à construire dans la relation. (Frankl, 2013) On s'attachera donc, dans ce chapitre, à définir le ministère médical de Frankl et on le fera sous le prisme d'une recherche de sens bâtie lors de la coconstruction rituelle de la relation soigné soignant.

### 3.1. Victor Frankl et le ministère médical

Né en 1905, à Vienne, Victor Emil Frankl est le deuxième d'une famille de trois enfants. Il a été professeur de neurologie et de psychiatrie à l'école de médecine de l'université de Vienne. Pendant vingt-cinq ans, il a dirigé la polyclinique de neurologie de Vienne. La « logothérapie ou analyse existentielle » qu'il a créée est considérée comme « la troisième école viennoise de psychothérapie ». Il a été enseignant à Harvard, Stanford, Dallas et Pittsburgh, et professeur éminent de

logothérapie aux États-Unis à l'Alliant International University de San Diego en Californie.

Victor E. Frankl est l'auteur de trente-neuf livres traduits en quarante langues. Son livre *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie* constitue son œuvre phare dont les autres ouvrages sont des déclinaisons et explications. Dans ce livre, la deuxième partie, « La logothérapie en bref », présente la théorie conçue d'après la leçon tirée de la première partie, le récit autobiographique du matricule 119104 : « Les expériences vécues par un psychiatre dans un camp de concentration ». Les deux parties s'assurent une crédibilité mutuelle dans la mesure où la première partie apporte la justification existentielle et concrète des théories développées dans la seconde. Victor E. Frankl est mort à Vienne en 1997.

En fait, sa théorie pourrait presque se résumer aux mots de Oswald Spengler qu'il citait régulièrement (Pélicier, 1996, p. 9) :

Encore avant la fin de ce siècle, les gens d'un certain niveau intellectuel ne seront plus fascinés par les avancées scientifiques et technologiques, comme c'est encore le cas aujourd'hui, mais ils consacreront leurs pensées à la question du sens de la vie.

### 3.1.1. La logothérapie

L'œuvre de V. Frankl a longtemps été méconnue en raison de fortes résistances dues à l'hégémonie d'une conception freudienne de la souffrance psychique, « même si l'après-guerre est marquée par la fondation de la logothérapie comme une nouvelle approche psychothérapeutique de la souffrance humaine » (Pélicier, 1996, p. 28). Toutefois, le nom de Frankl était familier à une fraction restreinte de la population, scientifique ou non, à cause de l'écho retentissant que connut la traduction française

de son témoignage de déportation et de captivité dans l'ouvrage *Un psychiatre déporté témoigne*. L'ouvrage, aujourd'hui repris sous le titre *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*, reçut alors un bel accueil, mais du fait de la tonalité spiritualiste de son auteur, le reste de l'œuvre souffrit pendant plusieurs décennies d'un véritable ostracisme. Un autre ouvrage de Frankl, *Le Dieu inconscient*, émanait de la thèse de philosophie qu'il défendit en 1948, à l'université de Vienne. Loin d'accroître sa notoriété, dans un contexte peu enclin à le lire, cette seconde publication acheva d'exposer l'œuvre de Frankl à une durable absence de reconnaissance par la communauté scientifique. (Sarfati, 2015, p. 2)

Fondateur de la “troisième école viennoise de psychothérapie”, Victor Frankl occupe une place de première importance dans le champ de la philosophie existentielle et de la thérapie. Il a développé une réflexion sur la condition humaine, qui met au centre des motivations premières de chaque être humain la recherche du sens. Il se distingue en ce sens des deux autres écoles viennoises de psychothérapie, celle de Freud et celle d'Adler, comme l'illustre le tableau ci-dessous. (Sarfati, 2015, p. 4)

Le tableau suivant permet de mettre en évidence les trois écoles de psychothérapie viennoises. (Sarfati, 2015, p. 4)

	Freud	Adler	Frankl
Motivation fondamentale	Le plaisir	La puissance	la recherche du sens
Inconscient	Pulsionnel	Social	Spirituel
Névrose	Intrapsychique	Complexe d'infériorité	Déficit ou absence de sens
Axe temporel de la cure	Passé	Présent	Futur

Le terme de logothérapie est souvent utilisé par Frankl à la place de celui d'analyse existentielle et les références à la recherche de sens, à la liberté, la responsabilité et à l'auto-transcendance y sont déterminantes. (Le Vaou, 2016, p. 34)



Il convient, tout de suite, de prévenir un contre-sens ou une mésinterprétation, car la notion de « logos », utilisée dans le vocable « logothérapie » n'a pas, pour Frankl, exactement la même valeur d'emploi que le terme grec: logos. En fait, le mot logos renvoie à la raison, mais aussi et surtout au sens. En effet, selon Frankl, le logos ne se limite pas à faire exclusivement appel à la « raison » ou au « discours » puisqu'il désigne ici le « sens ». Par contre, le mot *therapeuô* se traduit par « réconcilier avec et réparer ». La logothérapie est donc une méthode thérapeutique qui mobilise la problématique du sens et, plus précisément, « ce qui fait sens pour un sujet » (Sarfati, 2015, p. 19). La logothérapie est donc une manière de se réconcilier avec son propre sens de sa vie et ainsi, de « se réparer ».

Frankl estime, en effet, que l'existence humaine, tant qu'elle n'a pas été déformée par une névrose, est toujours dirigée vers quelque chose ou quelqu'un d'autre qu'elle-même, que ce soit un sens à accomplir ou une rencontre dans l'amour. De ce fait, l'être humain est caractérisé originellement par sa recherche du sens plutôt que par sa recherche de lui-même, ce qui implique qu'il devient d'autant plus humain qu'il s'oublie lui-même en se donnant à une cause ou à une autre personne. (Le Vaou, 2006, p. 34) Frankl appelle cette caractéristique constitutive de l'existence humaine « l'auto-transcendance ». C'est pourquoi le logothérapeute individualise toujours son approche au patient dans une rencontre « d'homme à homme », où il se doit, en permanence, d'être créatif et inventif. Ainsi, le thérapeute ne peut se retrancher derrière une technique impersonnelle puisque le dialogue lui-même renvoie toujours au logos. En conséquence, la logothérapie signifie tout aussi bien « thérapie par le sens » que « thérapie centrée sur le sens » (Le Vaou, 2006, p. 36). Il en découle que le patient n'est jamais simplement un objet. Il est toujours un sujet libre et responsable, reconnu dans ce qu'il a de singulier et d'original, capable de façonner son destin et de prendre en main sa vie en faisant intervenir ce que Frankl appelle la « personne spirituelle ». (Le Vaou, 2006, p. 34)

Il n'en est pas autrement en ce qui concerne le sens. Bien que ne voulant pas s'immiscer dans les polémiques scolastiques à propos de l'universalité, le sens n'a rien d'universel, chaque cas est un cas unique et c'est justement ceci qui lui confère à la base sa « spécificité de l'exigence », l'engagement qu'il contient et qui est lié au caractère unique d'une situation et la singularité de la personne concernée. Quelle que soit la particularité d'une situation, il n'y en a aucune qui potentiellement ne recèle pas un sens... (Pélicier, 1996, p. 18-19)

Le thérapeute, quant à lui, lorsqu'il agit de la sorte, participe au ministère médical.

### 3.1.2. Le ministère médical

*Ministère médical* était le titre du premier ouvrage de Victor Frankl, ce manuscrit qu'il a vainement tenté de sauver lors de son arrivée au camp de concentration et qu'il a, mentalement, retravaillé durant toute sa détention. Une fois libéré, il le rédigea à nouveau, conforté et épuré par la tragédie qu'il venait de vivre. Rédigé initialement en allemand, ce livre n'aurait jamais été traduit tel quel.

Quoi qu'il en soit, le ministère médical désigne, en fait, le secours spirituel que le médecin ou tout autre soignant est en mesure de prodiguer au patient, en l'aidant à trouver une réponse sensée à sa souffrance, dans des situations existentielles où la médecine s'avère impuissante. Le ministère médical n'est donc absolument pas un ministère spécialisé puisqu'il concerne tous les thérapeutes confrontés à des patients souffrant de maladies incurables ou dans des situations inéluctables. En effet, pour Frankl, le thérapeute ne peut être seulement un scientifique ou un technicien, car, à la fonction de guérison s'ajoute toujours une fonction de consolation et « l'homo patiens » exige « le *medicus humanus* » (Le Vaou, 2006, p. 50). Il s'ensuit que le ministère médical, en définitive, constitue une mise en forme technique de l'humanité du thérapeute puisque, confronté à l'inéluctable, quand aucun traitement n'est plus possible, il ne lui « reste » plus qu'à « renforcer intérieurement » le malade,

pour l'amener à « porter son destin », c'est-à-dire mettre en application les valeurs d'attitude et de positionnement intérieur qui doivent permettre un accomplissement du sens. (Frankl, 2019, p. 169) Frankl l'explique d'ailleurs parfaitement :

Ce que, par exemple, j'appelle le ministère médical constitue une part importante de la logothérapie, mais ce type d'intervention est précisément indiqué dans les cas où toute mesure thérapeutique s'avère impossible, notamment lorsque le patient est confronté à une maladie incurable. De ce fait, la logothérapie est, au sens le plus large du mot, un traitement, même si elle consiste seulement à traiter l'attitude du patient pour l'aider à faire face à un destin auquel il ne peut rien changer. (Frankl, 2019, p. 29)

Dans *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*, Frankl raconte une histoire (2013, p. 80-81) qui illustre sa théorie :

J'eus, un jour, une démonstration tragique du lien étroit entre la perte de la foi en l'avenir et cette dangereuse abdication. Un jour, F., le premier surveillant de notre bloc, compositeur et librettiste bien connu, se confia à moi : « Docteur, il faut que je vous parle, me dit-il.

J'ai fait un rêve étrange. Une voix m'a dit que je pouvais faire un vœu, que je n'avais qu'à dire, simplement, ce que je voulais savoir, et qu'on répondrait à mes questions. Savez-vous ce que j'ai demandé? J'ai demandé quand la guerre se terminerait. Vous comprenez, docteur?

J'ai voulu savoir quand on nous libérerait, quand on libérerait le camp, j'ai voulu savoir quand nos souffrances cesseraient.

— Quand avez-vous fait ce rêve? Demandai-je.

— En février », répondit-il.

Nous étions au début du mois de mars 1945.

« Et que vous a répondu cette voix? »

Il me chuchota furtivement: « Le 30 mars »

Lorsque F. me raconta son rêve, il était plein d'espoir et convaincu que la voix de son rêve ne mentait pas. Mais à mesure que le jour attendu approchait, les nouvelles que nous recevions laissaient entendre qu'il était peu probable que nous serions libérés le 30 mars.

Le 29, F. tomba soudainement malade et eut une forte fièvre. Le 30 mars, jour où, selon la vision prophétique qu'il avait eue, se terminerait la guerre et où il ne souffrirait plus, F. se mit à délirer et perdit connaissance. Le 31, il était mort. Il avait succombé au typhus.

Ainsi, la perte de son espoir avait eu un effet dévastateur sur l'état d'esprit de cet homme et l'état d'immunité de son organisme puisque,

en dernière analyse, la mort de mon ami était due au fait qu'il n'avait pas été libéré ainsi qu'il s'y attendait. L'anéantissement de son espoir lui avait causé une terrible déception et ses capacités de résistance contre le typhus avaient été réduites à zéro. Sa foi en l'avenir et sa volonté de vivre avaient subi une sorte de paralysie et son corps avait fini par succomber à la maladie. (Frankl, 2013, p. 81)

Cette histoire a fortement influencé Frankl, car la voix que son ami avait entendue dans son rêve avait été réellement prophétique... mais pas au sens où ce dernier l'espérait. Il en a conclu que l'existence humaine va toujours au-delà d'elle-même, dans la recherche d'une volonté de sens. « Qu'il le veuille ou non, qu'il le sache ou non, l'homme, aussi longtemps qu'il respire, croit à un sens ». (Frankl, 2012, p. 64) Il ne s'agit pas alors de « donner » un sens à sa vie, mais de « le trouver » (Pélicier, 1996, p. 35).

Ainsi, ce qui donne corps à l'existence, c'est la dimension spirituelle ou noétique, comme l'appelle Frankl, car elle stimule la quête du sens. Mais pour se concrétiser, la spiritualité du soigné doit puiser aux sources même du sens; ce qui veut dire que la spiritualité d'une personne est toujours singulière. Elle repose sur des choix de valeurs qui se concrétisent selon des orientations de sens susceptibles d'être confirmées, aménagées, modifiées ou remaniées au cours de l'existence. (Sarfati, 2018, p. 106)

Dans ce schéma, le thérapeute doit aider le patient à élucider ce qui est pour lui une source de motivation ou de remotivation. Ce processus consiste à lever les obstacles qui s'opposent à la redécouverte d'un sens, en recourant soit aux valeurs d'Eros, soit aux valeurs de Pathos, soit aux valeurs d'Ethos. (Sarfati, 2018, p. 107) L'Eros

détermine les orientations existentielles de la relation avec autrui, la culture, la nature... Le Pathos détermine les orientations existentielles marquées par l'engagement dans un travail, une œuvre, la défense d'une cause, mais aussi les valeurs de créativité. Enfin, l'Ethos englobe les orientations existentielles qui se distinguent par la modification du rapport entretenu avec une situation impossible à changer telle que la maladie, le handicap, l'impossibilité majeure liée à des circonstances... (Sarfati, 2018, p. 104) C'est ainsi que, au regard du parcours de sens qu'elle actualise, chaque dynamique spirituelle particularise donc l'univers du sens à l'échelle personnelle.

L'ensemble de ce développement peut, cependant, sembler ambivalent tant il pourrait connoter aussi bien le domaine clinique que celui de la théologie ou de la spiritualité. En effet, selon Frankl (2014, p. 168-169), la relation d'aide et la relation de soin sont nécessairement incomplètes si elles se privent de prendre en charge la dimension spirituelle du soigné. C'est pourquoi l'exercice du « ministère médical » peut également être accessible non seulement aux psychologues ou aux infirmiers, mais aussi à tous ceux dont la responsabilité est de tisser du lien avec un patient. (Frankl, 2019, p. 20)

### 3.1.3. Ministère médical et ministère pastoral

La notion de ministère médical a été développée par Frankl dans le cadre de son projet philosophique d'« humanisation » de la psychothérapie et plus généralement de la médecine. Selon Frankl, la pratique du ministère médical prend, en fait, le relais, dans le contexte des sociétés sécularisées en proie à une certaine névrose spirituelle ou une recherche de sens, de ce qu'était le magistère religieux dans les sociétés traditionnelles. La demande de sens de l'être humain invite les médecins, thérapeutes et soignants à répondre au patient en se situant au niveau noétique, c'est-à-dire

spirituel et en acceptant le « face-à-face », non pas seulement avec la maladie, mais d'abord avec la personne du malade. Par principe, la pratique du ministère médical rencontre donc celle d'une modification d'attitude et de référence spirituelle puisque le désespoir et le vide existentiel pourraient menacer l'équilibre et la dignité du patient.

Ainsi, pour Frankl, la religion ne se réduit-elle souvent qu'à (2012, p. 66) :

un confessionnalisme borné, avec une religion obtuse qui ne voit en Dieu qu'un être fondamentalement attentif à une seule chose, que le plus grand nombre possible de gens croient en lui, et de plus de la seule manière possible, à savoir selon ce que telle confession leur prescrit de croire.

De plus, pour Frankl, la logothérapie s'occupe moins du salut de l'âme que du soin de l'âme (Frankl, 2019, p. 146) :

Toutefois, la logothérapie, en tant que psychothérapie, n'est ni protestante, ni catholique, ni juive. Une psychothérapie, religieuse au sens propre du mot, est inconcevable du fait de la différence essentielle qui existe entre la psychothérapie et la religion, puisqu'il s'agit d'une différence de dimension. Leurs buts respectifs sont différents. Tandis que la psychothérapie a pour but la santé mentale, la religion recherche le salut.

En outre, pour Frankl (2012, p. 63), l'âme n'est pas une entité abstraite indépendante de l'ensemble de la personne puisque « l'âme, c'est l'ensemble de ce qu'éprouve, ressent, pense un être humain, l'ensemble de ses expériences vécues et de tous ses souvenirs ». Toutefois, la religion a beau ne pas orienter ses propres préoccupations ou ses efforts vers la guérison ou la prévention des maladies, il n'en est pas moins vrai que dans ses effets, elle offre à l'homme une sécurité et un point d'ancrage dans l'absolu qu'il ne trouverait nulle part ailleurs. Cependant, il se peut que, parfois, le prêtre soit obligé de lutter avec le patient et, le cas échéant, de provoquer, chez lui, des tensions émotionnelles encore plus vives qu'auparavant.

Ainsi, pour Frankl, le ministère médical ne se confond pas avec le ministère pastoral : « La logothérapie doit être disponible pour chaque patient et utilisable par n'importe quel médecin, que ce médecin adhère à une Weltanschauung théiste ou agnostique. » (Frankl, 2019, p. 146)

En effet, si pour la logothérapie la religion est un objet d'étude qu'elle prend en compte, ce n'est en aucun cas un point de départ. Pour Frankl, le logothérapeute (ou tout soignant qui recherche du sens avec un patient) doit aussi savoir assumer les fonctions naguère dévolues aux personnes consacrées, en faisant face à la souffrance humaine, quelle qu'elle soit. Mais au lieu d'être au service des fidèles d'une communauté spécifique, le logothérapeute ou le thérapeute doit être au service de tout être humain souffrant, sans limitation de culture, et sans restriction d'appartenance. En fait, pour Frankl, reconnaître la différence entre le monde humain et le monde divin, loin de nous rabaisser, nous fait grandir en connaissance en nous rendant plus sages. C'est ce que Frankl traduit de la façon suivante (2019, p. 148) :

Imaginez un instant qu'on vous dise que Dieu est capable d'écrire droit sur des lignes tortueuses. Ceci est inconcevable tant qu'on se représente Dieu en train d'écrire sur une feuille plane.

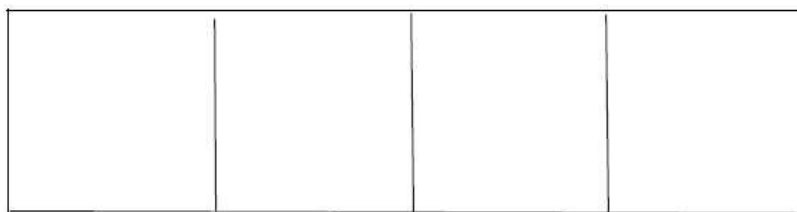


Figure 3.1 : Écrire sur des lignes droites

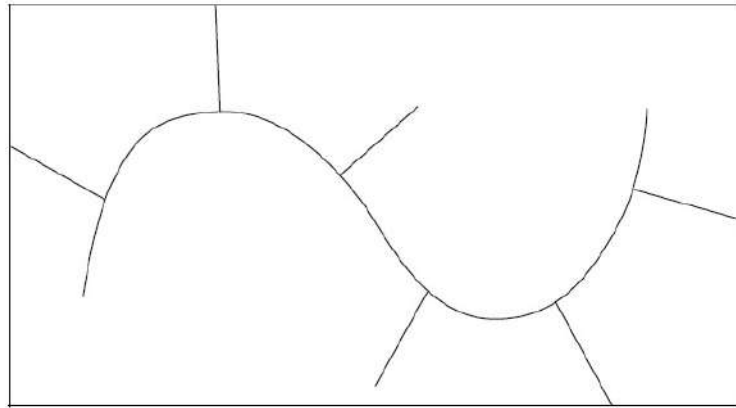


Figure 3.2 : Écrire sur des lignes tortueuses

Écrire droit revient à tracer des lettres parallèles à la perpendiculaire des lignes. Or, sur des lignes tortueuses, on ne saurait obtenir des lettres parallèles. Mais si nous imaginons un espace à trois dimensions, à la place de l'espace bidimensionnel d'une feuille de papier, il devient alors possible d'écrire des lettres de manière parallèle sur des lignes tortueuses. En d'autres termes, sur la base de la différence dimensionnelle qui sépare le monde humain du monde divin, nous pourrions faire un pas de plus que Socrate, affirmant que la seule chose que nous sachions c'est que nous ne savons rien. Nous voilà à présent au fait de la raison pour laquelle nous ne pouvons rien connaître.

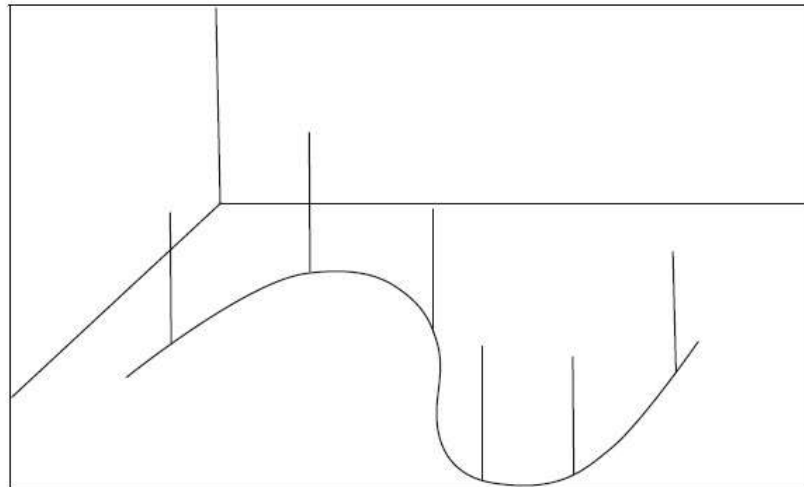


Figure 3.3 : Écrire droit sur des lignes tortueuses



Frankl (2019, p. 151) cite ensuite Albert Einstein en disant que la meilleure réponse qu'on puisse donner à la question « Qu'est-ce que le sens de la vie ? » consiste à faire l'hypothèse d'une conviction religieuse. Sur le fondement de cette définition, il devient alors légitime de poser le postulat que l'homme est un être fondamentalement religieux et que la confiance en l'existence d'un sens constitue une valeur humaine indispensable. Frankl (2019, p. 155) en conclut donc que ce dont les patients ont besoin, c'est, en fait, d'une foi inconditionnelle en l'existence d'un sens inconditionnel.

Comme je l'ai montré précédemment, la recherche de sens doit conduire la relation qui se crée entre un patient et un soignant. Dans les pages suivantes, j'explorerai l'idée que cette relation pourrait se concevoir dans une coconstruction rituelle.

### 3.2 Co-construire la relation

Si le ministère médical désigne le secours spirituel que le soignant prodigue à un patient, en l'aidant à trouver une réponse sensée à sa souffrance, ce secours semble ne pouvoir s'épanouir que dans une relation, relation coconstruite par le soignant et le soigné, au cours de leurs échanges. Or, il est possible de considérer que cette relation se construit comme un rituel, avec une phase préliminaire durant laquelle soignant et soigné envisagent et se préparent à la relation qui va se construire, une phase liminaire durant laquelle soignant et soigné construisent leur relation et échangent sur la recherche de sens et une phase post-liminaire au cours de laquelle les deux soignants sortent changés par la relation coconstruite.

C'est ce que Viard suggère aussi dans sa thèse de doctorat (2014, p. 18) : « Peut-on dès lors imaginer le soin comme un modèle d'une interrelation dynamique, basée sur une coconstruction du sens par les acteurs en situation de soins ? »

### 3.2.1 L'apport du rituel

Si l'on en croit Courtois (2006, p. 265), le rite est :

une « structure de séparation qui fait sens ; le rite est une cérémonie organisée, structurée, efficace – le rite crée un effet, crée le changement ». Il se déroule dans un espace/temps « sacré » ou du moins particulier qui est en dehors de la réalité habituelle, il implique des acteurs et un célébrant. (...) Il prend habituellement le corps comme support, il n'exclut en rien le discours ou la parole, mais il les déborde.

Selon Guy Ménard, le rite est d'abord et avant tout une mise en scène, ou en gestes, du mythe, c'est-à-dire « qu'il nous rebranche sur l'expérience intense et vitale qui lui a donné naissance. (...) Il fait sortir du temps ordinaire de la vie et nous amène à coïncider avec un temps d'une autre substance. » (Ménard, 2007, p. 74) De plus, qu'il soit profane ou religieux, le rite a toujours, pour les acteurs ou les témoins, une valeur ou une signification symbolique qui dépasse l'information transmise. (Courtois, 2006, p. 265) C'est d'ailleurs l'utilisation des symboles qui le distingue de la coutume et de la simple habitude. Enfin, généralement, le rituel accompagne les situations critiques de la vie, mais pour en affirmer la continuité. Il marque donc la continuité, mais aussi, en conséquence, les transitions (Courtois, 2006, p. 265).

Dans le monde profane, le rituel, comme le met en évidence Martine Ségalen, « est un code, un mode d'emploi pour agir avec les autres, mais aussi avec soi-même » (Segalen, 2009, p. 30).

C'est d'ailleurs ce que Van Gennep (cité dans Ségalen, 2009, p. 32-33) illustre en écrivant que les cérémonies qui jalonnent le déroulement de la vie individuelle ou de l'année « comportent toujours la transition d'un stade ou d'une étape à une autre et sont constituées sur un même plan, selon un schéma plus ou moins simple et rectiligne ».

Ségalen (2009, p. 33) ajoute encore que :

une fois réalisé l'ordonnement de ces manifestations, on voit surgir le scénario dramatique avec toujours un commencement, un milieu et une fin afin qu'à chaque étape de la vie soit recomposé l'ordre mis en jeu par une nouvelle étape « du cycle biologique de l'homme ».

Dès lors, un rite ne peut pas avoir un sens ou une valeur intrinsèque une fois pour toutes. « Il change de valeur et de sens selon les actes qui le précèdent et ceux qui le suivent. » (Van Gennep cité dans Ségalen, 2009, p. 33)

### 3.2.2 Les trois stades du rituel

Lors d'un rituel de passage, on distingue toujours trois stades (Ségalen, 2009, p. 33-36) – séparation, marge, agrégation – dont la forme et la durée varient en fonction de l'événement à marquer.

Dans la première période, celle de la séparation, l'individu est détaché du groupe ou il évoluait précédemment. Pendant la période liminaire, intermédiaire, les caractéristiques du sujet sont ambiguës parce qu'il passe par un état qui présente peu ou aucun des attributs de ses états passés ou à venir. Dans la troisième période, celle

de la réagrégation, le rite de passage est consommé puisque le sujet retrouve un nouvel état avec de nouveaux attributs. (Turner, 1990, p. 95-96)

C'est ce qu'illustre clairement Thibodeau dans une interview accordée à la revue *Agôn*. En effet, ce danseur du Ballet de Montréal pendant plus d'une quinzaine d'années qui poursuit aujourd'hui une autre passion (la psychodynamique analytique), a élaboré une thèse dont le thème principal traite du passage de l'artiste de la coulisse à la scène. Il l'envisage comme un véritable rite. Bien qu'intervenant dans un autre domaine, cette explication paraît néanmoins très pertinente pour illustrer les phases du rituel (Thibodeau, Leduc et Bésuelle, 2012, p. 2) :

Je me suis basé sur la schématisation séquentielle linéaire du rite de passage opérée par l'anthropologue Arnold Van Gennep, qui consiste en l'identification de trois étapes du rite : préliminaire, liminaire, post-liminaire. Je les identifie à trois « lieux » distincts quand j'en viens à parler du passage du danseur à la scène. Ainsi, le stade préliminaire ou « monde profane », c'est pour l'interprète « l'arrière-scène », la loge, l'espace de préparation à la prise de rôle. Le stade liminaire, cet interstice entre deux mondes distincts et complémentaires, devient dans cette modélisation la coulisse, et enfin l'espace de la scène correspond au stade post-liminaire : à l'espace sacré.

En fait, il s'agit de passer du monde profane au sacré pour revenir, ensuite, au profane, mais transformé. C'est ce que, dans le rite de passage, Van Gennep appelait le « pivotement du sacré » : l'être est d'abord séparé du cours ordinaire des choses pour mener une existence marginale ou liminale avant de se retrouver réintégré dans la vie normale avec un nouveau statut. (Ségalen, 2009, p. 36)

C'est d'ailleurs déjà ce que, en d'autres mots, Mary Douglas avait écrit en 1971 (citée dans Ségalen, 2009, p. 39):

Van Gennep comparait la société à une maison avec des chambres et des corridors, et affirmait que le passage de l'un à l'autre était dangereux. C'est

donc pendant les états de transition que réside le danger, pour la simple raison que toute transition entre un état ou un autre est indéfinissable. Tout individu qui passe de l'un à l'autre est en danger et le danger émane de sa personne. Le rite exorcise ce danger, en ce sens qu'il sépare l'individu de son ancien statut et l'isole pendant un temps pour le faire entrer ensuite publiquement dans le cadre de sa nouvelle condition.

Victor Turner (1920-1983) a analysé les manifestations rituelles parmi quelques ethnies africaines et certains groupes de la société contemporaine. Il a ainsi repris la théorie des rites de passage de Van Gennep, mais en s'attardant sur une des étapes, celle qui concerne les moments de marge :

Des trois étapes identifiées par Van Gennep, séparation, marge, agrégation, rebaptisées par Turner préliminaires, liminaires ou post-liminaires (de limen, seuil), celle qui se rapporte à la marge, à la transition, à l'entre-deux, entre séparation et réagrégation semble particulièrement riche. (Ségalen, 2009, p. 39)

Turner en déduit que l'individu qui se trouve en position liminale présente des traits spécifiques : il est « en transition, sans lieu ni position. L'état de soumission et le silence sont d'autres caractéristiques ». (Turner, 1990, p. 103) On peut donc d'ores et déjà dire, dans la perspective des développements du chapitre 4, que l'individu en position liminale se situe dans une situation d'entre-deux puisque, bien que vivant, il est mort au monde des vivants et parfois même traité comme tel ; que son invisibilité sociale est marquée par la perte de son nom, par l'enlèvement de ses vêtements, insignes et de toutes les autres références à son précédent statut. Rien ne peut plus le distinguer de ses compagnons en position liminale; qu'il est traité comme un nouveau-né, un nourrisson, c'est-à-dire comme une personne en état de soumission dont on attend obéissance et silence.

On peut donc en déduire que l'ensemble de ces caractéristiques de la personne en position liminaire peut aussi s'appliquer à un malade dans une situation existentielle où la médecine s'avère impuissante. En effet, souvent, dans ces cas, la personne

soignée se situe dans une situation d'entre-deux puisque, bien que vivante, elle est retirée du monde, placée dans un hôpital où elle ne peut pas vivre comme elle le faisait avant. Elle est contrainte de vivre et de se comporter comme « ses compagnons d'infortune », quelle qu'ait pu être sa situation précédente. De plus, ce sentiment est renforcé par la réduction à presque rien de sa visibilité sociale puisqu'on la prive de ce qui pouvait, auparavant, constituer une part importante de son identité (une manière de s'habiller, des bijoux, une position de pouvoir...) Enfin, elle est traitée comme un nouveau-né, un nourrisson ou, en tout cas, comme une personne en position de faiblesse qu'il convient de ménager, à qui on ne s'adresse plus de la même façon qu'avant, dont on attend soumission et silence dans la mesure où elle ne détient pas le savoir nécessaire à son passage à un autre état.

Comme l'évoque Turner (1990, p. 97), cela contribue aussi à placer ces personnes dans

un moment dans le temps et hors du temps, dans et hors de la structure sociale séculière, qui révèle, bien que de manière fugace, une certaine reconnaissance d'un lien social global qui a cessé d'être et qu'il faut, en même temps, néanmoins morceler en une multiplicité de liens structuraux.

### 3.2.3 Liminarité et rituel

Si la liminarité renvoie communément à l'une des phases des rites de passage définis par Van Gennep, « la portée de sa découverte dépasse en réalité de très loin la seule caractérisation des rites de passage » (Dartiguenave, 2012, p. 81).

En effet, la liminarité conduit les personnes situées dans la phase liminaire à se distancier des significations, conventions et prescriptions propres à chaque rituel, quand bien même ils y participeraient pleinement. Ce processus permet paradoxalement à ces mêmes personnes de s'approprier le rituel par-delà les significations, les conventions et les prescriptions habituelles.

Ainsi, la liminarité d'un point de vue phénoménologique ne constitue-t-elle plus une simple période séquentielle des rites de passage, mais, un nouveau cadre d'expérience où les acteurs peuvent, singulièrement, se réapproprier le rituel. (Dartiguenave, 2012, p. 82)

En effet, les personnes en phase liminaire ne « sont ni ici ni là ; elles sont dans l'entre-deux », c'est-à-dire « un moment dans le temps et hors du temps ». Cela leur permet de se tenir hors de la totalité des positions structurales, c'est-à-dire des places et des rôles définis par le système social, comme l'illustre encore Thibodeau (Thibodeau, Leduc et Besuelle, 2012, p. 3) :

il s'agit d'une transformation soudaine : « Ce qui existait auparavant n'existe plus, et ce qui existe maintenant est le vrai qui subsiste ». C'est à ce moment que l'interprète atteint la « plénitude de sens ». C'est capital : une œuvre d'art, quelle qu'elle soit, doit être porteuse de sens. L'artiste à ce moment-là connaît son rôle, ses pas, il maîtrise la technique. Il devient en totalité « contenu de sens » et révèle la réalité dans la vérité, l'essence originelle de la chorégraphie.

Ces personnes sont en position de fragilité et de vulnérabilité et c'est, paradoxalement, cette position qui constitue la condition de possibilité de la réappropriation du rituel (Thibodeau, Leduc et Besuelle, 2012, p. 85) puisqu'elle permet de transformer un « cadre de l'expérience » rituelle en un autre. Cette opération modifie le sens, mais aussi le vécu et l'intention du rituel initial bien que le cadre primaire de l'expérience soit toujours présent.

Comme l'écrit Dartiguenave (2012, p. 85) « Le rituel est devenu autre chose que ce pourquoi il a été effectué, même si chacun pressent bien que, sans ce pourquoi, il n'aurait pas eu lieu ».

Et encore (2012, p. 90) :

Le rituel se déploie sans projet autre que son propre accomplissement. J.-Y. Hameline parle, quant à lui, de « fonction indéçise » du rituel, « qui ne signifie

pas fonction «indifférente», mais fonction liée, dans sa logique propre, son actio immanens ». C'est précisément cette « fonction indécise » du rituel qui oriente la « visée chorale » propre à la liminarité sur un « possible », sur une promesse de la rencontre de l'Autre, sur un renouvellement permanent de l'altérité, sur un rapport au « non-être » et au « tout autre ».

### 3.2.4 Liminarité et hospitalité

Dans la perspective des développements qui seront faits dans le chapitre suivant, il paraît intéressant de s'intéresser quelque peu aux liens possibles entre liminarité et hospitalité. Pour ce faire, on empruntera, sans sa référence à « une intervention divine », la notion d'hospitalliance conceptualisée par Didier Caenepeel. Dominicain, il est professeur en théologie morale et bioéthique au collège universitaire dominicain d'Ottawa. Docteur en théologie et docteur en sciences fondamentales, il est membre de divers comités d'éthique au Québec et en Ontario et ses intérêts de recherche portent principalement sur les domaines des soins palliatifs et de la psychiatrie.

En fait, selon Didier Caenepeel, par son exposition dans l'espace du soin, le soignant est conduit à occuper une position liminaire à partir de laquelle il peut devenir médiateur d'une hospitalité transformante. Mais, en même temps, le soigné, par son exposition et son « statut » intermédiaire entre santé et maladie, occupe également une position liminaire. (Caenepeel, 2007, p. 387)

À partir de ces deux positions liminaires, Caenepeel postule qu'il est possible d'ouvrir un espace d'hospitalité, d'hospitalliance. Cette hospitalité ou « hospitalliance » permet au soin spirituel de réussir (Caenepeel, 2015, p. 12),



car entrer dans un espace d'hospitalité, c'est être conduit à se mettre en mouvement pour être en mesure de rencontrer l'Autre dans un « mi-lieu », un « entre-deux », sur lequel aucun n'a d'emprise préalable.

Dès lors, ce lieu marqué par l'incertitude, la non-maîtrise et le non-contrôle sur le déroulement de la rencontre constitue un espace et un temps qui sont coconstruits au cours de la relation qui se crée entre le soignant et le soigné. Et, dans ce mi-lieu, ce milieu liminaire, soignant et soigné peuvent s'accueillir et s'accepter mutuellement, tout en gardant ouverte la possibilité que l'autre les rende autres à leur tour. (Caenepeel, 2015, p. 13) Ainsi, énonce-t-il encore que (2015, p. 38) :

l'hospitaliance est-elle un travail de « relation » qui forme et fait alliance pour habiter ensemble un temps partagé dans une dynamique d'hospitalité toujours renouvelée.

Dès lors, en paraphrasant Caenepeel (2013, p. 35), on pourrait dire que le rite, comme la relation, sert donc « à déployer une structure et une fonction » de recherche de sens. C'est d'ailleurs ce que précise aussi Vachon (2014, p. 62) :

Dès lors, le soignant ne se représente plus son rôle dans un paradigme de compétence, où l'objectif serait d'intervenir sur l'expérience vécue, laquelle réduirait le soin à son aspect fonctionnel avec comme critère unique l'efficacité. Il devient plutôt témoin humain et humanisant. Nous comprenons ici l'accompagnement en puisant dans l'éthique fondamentale du soin, où « la sollicitude devient la pierre angulaire d'une autre anthropologie et d'une autre socialité fondées non sur le calcul, mais sur la sensibilité, non sur l'intérêt, mais sans la responsabilité ». Pour cela, nul objet du monde n'est amené à changer, mais c'est la posture même qui donne à voir autrement.

Ainsi, comme le rappelle Caenepeel (2007, p. 389), le soin inscrit en relation d'alliance rejoint sa finalité première, soit « redonner à l'être libre, qui ne cesse d'habiter la vie en détresse, les chances d'exercer sa liberté au milieu des autres hommes ».

Et c'est là aussi que nous rejoignons Victor Frankl, comme on va le montrer maintenant.

## CHAPITRE IV

### RECHERCHE DE SENS DANS LA RELATION :

#### ESSAI D'ANALYSE ET DE PROPOSITIONS

Avant de commencer ce dernier chapitre, une histoire que racontait souvent Victor Frankl (Frankl, 2019, p. 127) va permettre de mieux comprendre, encore, la notion de ministère médical, son fonctionnement et ses implications :

Il s'agit de l'histoire de ce vieux médecin généraliste qui un jour vint me consulter parce qu'il était tombé en dépression après la mort de sa femme. Usant de la forme du dialogue socratique, je lui demandai ce qui, à son avis, serait arrivé si c'était lui qui était mort le premier.

« Elle aurait terriblement souffert », dit-il.

Je répondis : « Ne voyez-vous pas, Docteur, la grande souffrance qui lui a été épargnée, et c'est vous qui lui avez épargné cette souffrance ; mais maintenant, vous devez en assumer le prix en lui survivant et en portant son deuil. »

Notre dialogue avait pour but de le pousser à découvrir un sens à sa souffrance, le sens d'un sacrifice pour le bien de sa femme.

J'ai eu l'occasion de relater ce cas devant un groupe d'étudiants aux États-Unis, et un psychanalyste américain m'a alors fait une remarque qui illustre très bien l'approche réductionniste du sens et des valeurs. Voici :

« Je comprends votre point de vue, docteur Frankl ; toutefois, si l'on part du fait que votre patient a souffert de la mort de sa femme, c'est évidemment parce qu'inconsciemment il l'avait haïe toute sa vie... »

Sur quoi je dis : « Il se peut bien que ce soit, en effet, ce que vous auriez dit à ce patient après l'avoir allongé sur votre divan pendant cinq cents heures ; vous l'aurez sans doute amené, tout comme le font les communistes derrière le rideau de fer avec ce qu'ils appellent l'autocritique, à confesser : “ Oui, Docteur, vous avez raison, j'ai haï ma femme toute sa vie...” Mais en agissant ainsi vous auriez aussi privé le patient du seul trésor qu'il possède, c'est-à-dire la conscience de l'amour conjugal unique que lui et sa femme avaient réussi à construire...

On voit donc bien que, pour Frankl, la recherche de sens qui se bâtit au cours d'une relation soignant soigné, a fortiori dans le cadre du ministère médical, est la clé de voûte de son travail. Comment Victor Frankl recommande-t-il donc de travailler à la recherche de sens dans la relation? Est-il possible de conceptualiser une grille d'intervention qui corresponde à cette démarche? C'est ce que nous allons maintenant développer.

#### 4.1. Sujet, hospitalité et liminarité : essai d'analyse

En application de la logothérapie, Pélicier (1992, p. 43) avançait, en 1992, au cours du colloque organisé sur le thème « La présence de Frankl » :

L'homme est un animal raisonnable qui a accès à la communication par la parole, et qui se vit comme sujet. Son épanouissement harmonieux est un accomplissement progressif et orienté vers un but, une raison d'être, un sens assumé par la subjectivité.

Mélo Peirera (2004, p. 42) le confirme, bien que d'une autre façon, puisqu'il postule que, pour que le cheminement qui est offert au patient soit réellement efficace, « il est nécessaire d'inventer de nouvelles formes d'accompagnement en prenant comme point d'ancrage le sujet et ce qu'il vit. »

Cette démarche nécessite donc une manière d'être qui se démarque de celles que l'on retrouve ordinairement dans le monde hospitalier moderne puisqu'elle implique de susciter le passage d'une histoire médicale d'un cas vers une histoire personnelle d'un sujet. Il s'agit de retrouver et de recréer une véritable hospitalité qui se définit par un autre regard, une autre parole et une autre présence.

#### 4.1.1 Changer le regard du soigné sur lui-même

En ce qui concerne ce regard, il convient de rappeler que pour Frankl, la spiritualité d'un patient n'est pas fonction d'une adhésion religieuse, mais de l'existence d'une dimension spirituelle (Sarfati, 2018, p. 57). L'adhésion personnelle que celui-ci peut avoir à une religion historique ne constitue que l'une des expressions possibles de sa vie spirituelle. En fait, la vie spirituelle constitue, selon lui, ce qui permet au patient de vivre selon des valeurs oscillant entre les valeurs d'expérience, de créativité et d'attitude. (Ce sont les valeurs d'eros, de pathos et d'ethos mentionnées plus tôt.)

Ainsi, dans ce schéma, toute valeur recouvre-t-elle « une valeur relationnelle, et par là même une valeur de résilience » (Sarfati, 2018, p. 59). En fait, selon Frankl, c'est la dévalorisation de cette valeur transcendante qui est à l'origine de la souffrance du patient. Le changement du regard sur le patient conduit donc, dans un premier temps, à lui redonner foi en ses valeurs, en ses croyances, en sa spiritualité.

Frankl illustre ce changement de regard par l'anecdote du dialogue qu'il avait eu, un jour, avec une patiente âgée de quatre-vingts ans qui souffrait d'un cancer qu'on ne pouvait espérer traiter efficacement, qui le savait et, qui, de ce fait, était tombée en dépression (Frankl, 2019, p. 128-130) :

*Frankl* : Que pensez-vous de votre vie lorsque vous regardez en arrière ? Est-ce que la vie valait la peine d'être vécue ?

*Patiente* : Certes, Docteur, je dois dire que j'ai eu une belle vie. Ma vie a été agréable. Et je remercie Dieu de ce qu'Il m'a donné : je suis allée au théâtre, à des concerts, et j'ai fait bien d'autres choses encore. Vous voyez, Docteur, j'ai pu faire tout cela grâce à la famille pour laquelle j'ai travaillé comme gouvernante, pendant des décennies, d'abord à Prague et ensuite à Vienne. Et pour le bienfait de toutes ces merveilleuses expériences, je suis pleine de reconnaissance envers Dieu.

*F* : Vous me parlez de certaines expériences qui ont été merveilleuses ; mais tout cela aura bientôt une fin, n'est-ce pas ?

*P (pensivement)* : Oui, tout a une fin...

*F* : Bon, mais pensez-vous que pour autant, à présent, toutes les belles choses de votre vie vont être anéanties ?

*P (encore plus pensive)* : Toutes ces choses magnifiques...

*F* : Mais dites-moi, pensez-vous que quiconque puisse annuler le bonheur que vous avez connu ? Est-ce que quelqu'un peut l'effacer ?

*P* : Non, Docteur, personne ne peut l'effacer !

*F* : Ou bien encore, quelqu'un peut-il effacer la qualité que vous avez su donner à votre vie ?

*P (manifestant une émotion croissante)* : Personne ne peut l'effacer !

*F* : Ce que vous avez réalisé et accompli...

*P* : Personne ne peut l'effacer !

*F* : Ou bien, tout ce que vous avez courageusement et honnêtement enduré quelqu'un peut-il le dénier, quelqu'un peut-il l'enlever du passé où vous l'avez rangé, tel que cela a été ?

*P (laissant à présent couler des larmes)* : Personne ne peut me l'enlever ! (...)

*F* : Par ailleurs, vous n'avez pas d'enfant, n'est-ce pas ?

*P* : Non, je n'en ai pas eu.

*F* : Bien, mais pensez-vous que la vie n'a de sens qu'à la condition que l'on ait eu des enfants ?

*P* : Si ce sont de bons enfants, pourquoi ne seraient-ils pas une source de bénédiction ?

*F* : C'est vrai. Mais n'oubliez pas que, pour ne prendre qu'un seul exemple, le plus grand philosophe de tous les temps, Emmanuel Kant, n'a pas eu d'enfant ; pourtant qui oserait mettre en doute que sa vie a été pleine de sens ? Si les enfants étaient seuls à donner un sens à la vie, la vie deviendrait vite dénuée de sens, parce que donner vie à quelque chose qui, en soi, n'a pas de sens serait certainement la chose la plus dépourvue de sens. Ce qui compte dans la vie, c'est de réaliser quelque chose. Et c'est justement ce que vous avez fait. Vous avez fait de votre mieux avec votre souffrance. Vous êtes devenue un exemple pour nos patients grâce à la façon dont vous avez pris sur vous cette souffrance.

Je vous félicite pour cet accomplissement, et je félicite aussi les autres patients qui ont la chance d'être les témoins d'un tel exemple.

*(M'adressant à présent à mes étudiants) : Ecce homo ! (L'auditoire crépitait maintenant d'applaudissements spontanés) Ces applaudissements sont pour vous, madame Kotek. (Elle pleurait à présent). Ils sont un hommage à votre vie qui a été une belle réussite. Vous devez être fière d'elle, madame Kotek. Et bien peu de gens peuvent être vraiment fiers de leur vie... Je devrais dire que votre vie est un monument. Et personne ne peut la retrancher du monde.*

*P (retrouvant sa contenance) : Ce que vous avez dit, Pr Frankl, est une consolation. Cela me reconforte. Évidemment, je n'ai jamais eu l'occasion d'entendre rien de tel... (Lentement et doucement elle quitte l'amphithéâtre)*

*Apparemment, elle était rassurée. Une semaine plus tard, elle décéda (...). Toutefois, pendant la dernière semaine de sa vie, elle ne fut pas déprimée, elle était au contraire pleine de ferveur et de fierté ! Au préalable, elle avait confié au Dr Gerda Becker, qui s'occupait d'elle en salle, qu'elle se sentait proche de sa fin, et plus particulièrement, envahie par le sentiment angoissant de son inutilité. Notre dialogue, cependant, lui avait fait prendre conscience que sa vie était pleine de sens et que même sa souffrance n'était pas vaine. Ses derniers mots, juste avant de s'éteindre, furent : « Ma vie est un monument. Comme l'a dit le professeur Frankl devant l'audience, à tous les étudiants dans l'amphithéâtre. Je n'ai pas vécu en vain... »*

C'est ainsi que se dessine un face-à-face non pas seulement avec la maladie, mais surtout avec la personne du malade. En acceptant, voire en encourageant ce face-à-face, « la pratique du ministère médical rencontre celle de la modification d'attitude et, par extension, de ses différentes modalités spirituelles » (Sarfati, 2018, p. 358). Bien évidemment, la modification du regard peut créer chez la personne une tension plutôt qu'un équilibre interne, mais cette tension s'avère parfois indispensable à la santé mentale du malade, car « rien au monde ne peut aider une personne à survivre aux pires conditions mieux que ne peut le faire sa raison de vivre ». (Frankl, 2013, p. 102)

Enfin, Frankl reconnaît que la liberté qu'a le malade de redevenir un sujet est, à la fois, totale et limitée par le destin. En effet, « lorsqu'on est atteint d'un cancer incurable, on n'a pas d'autre choix que de se transformer » (Pélicier, 1992, p. 63).

Cela est vrai, mais peut aussi rapidement devenir limitatif à cause de l'hérédité, de l'environnement, de la culture voire, pourquoi pas, des pulsions inconscientes. Selon Frankl (Pélicier, 1992, p. 64), la tentation est alors permanente de s'en remettre à l'idée d'une transcendance, qu'elle soit religieuse, métaphysique.... C'est pourquoi Frankl a toujours mis en avant la citation de Tolstoï (Pélicier, 1992, p. 64) : « la croyance, c'est la connaissance du sens de la vie ».

#### 4.1.2 Une autre parole ou le sens du dialogue

Il est bien évident que le regard de chaque homme sur lui-même est très différent de celui de son voisin. Cependant, dans l'absolu, ils sont identiques dans leur fonction de mobilisation et de focalisation de l'énergie. En fait, comme Frankl le rappelait régulièrement (2019, p. 61), « l'homme est un être qui décide », c'est-à-dire que c'est au patient de choisir ce dont il veut être responsable, envers quoi ou envers qui. De plus, il a le choix de s'engager dans une et une seule des possibilités de la situation qu'il vit, car on ne peut pas vivre deux situations en même temps. C'est au cours du dialogue avec le soignant que ces choix peuvent émerger.

En fait, en logothérapie, le dialogue ne peut émerger qu'au cours d'une relation authentique, c'est-à-dire d'une relation de personne à personne, faisant appel à deux paramètres : la recherche de la vérité par l'usage de la maïeutique et la recherche de la proximité grâce à laquelle autrui est perçu dans son unicité et sa singularité.

Dans la mesure où la psychothérapie est fondée sur la rencontre davantage que sur une simple mécanique et technique psychologiques, ce qui est en jeu dans cette rencontre, ce ne sont pas deux monades étrangères l'une à l'autre, mais des êtres humains dont chacun ouvre son esprit à celui de l'autre, c'est-à-dire au sens de l'étant. (Frankl, 2019, p. 32)



Bien qu'aucune situation clinique ne puisse être comparée à une autre, en logothérapie le dialogue a toujours une finalité qui est « la définition des objectifs en rapport avec la souffrance et le questionnement du patient ». (Sarfati, 2018, p. 176) Pour cela, il est possible d'utiliser les sept phases du dialogue définies dans Sarfati et de les regrouper pour faire apparaître un schéma de procédure (Sarfati, 2018, p. 177) qui pourrait ressembler à celui des rites de passage. En effet, ces sept phases pourraient être regroupées en trois qu'on pourrait qualifier de préliminaire, liminaire et post-liminaire. De plus, au cours du travail dans ces trois phases, le soignant n'est pas censé savoir ou prescrire quoi que ce soit au patient. Il doit simplement organiser la réflexion de ce dernier afin qu'il découvre sa propre recherche de sens (Sarfati, 2018, p. 180), essentielle à sa sortie de la maladie ou à son soulagement durable.

Dans la phase préliminaire, on trouverait les deux premières étapes du dialogue de la logothérapie. Elles sont consacrées à l'entretien préalable et à l'identification exacte du problème afin de se montrer attentif à l'histoire de vie du patient. C'est aussi le moment où le soignant permet à la souffrance et aux enjeux émotionnels du patient de s'exprimer. (Sarfati, 2018, p. 181) Il est ainsi possible d'identifier la nature de la demande afin de préparer le patient à la réelle recherche de sens qui intervient dans la phase suivante.

Dans cette deuxième phase, le soignant doit identifier les possibilités sensées qui se présentent au patient, dans sa situation particulière, tout en attirant son attention sur ce qui ne lui apparaissait pas nécessairement à première vue. Il doit le mettre au défi de rechercher en lui-même et par lui-même ses raisons de vivre (Sarfati, 2018, p. 180). Mais, dans cette phase liminaire de transformation, le soignant doit aussi identifier les termes d'une ou de plusieurs alternatives à partir des éléments de compréhension qu'il a acquis dans la phase préliminaire. Cela devrait lui permettre

de faire apparaître les perspectives de projets et que celles-ci soient sensées par rapport à la situation du patient et à ses éventuelles limites physiques ou spirituelles.

Enfin, dans la phase post-liminaire, le soignant doit voir avec le patient quelles pourraient être les étapes de la mise en œuvre de son projet, c'est à dire comment il va désormais mettre en application le nouveau sens qu'il a trouvé à sa vie. C'est aussi dans cette phase que le soignant va pouvoir observer si, concrètement, le patient adhère au sens trouvé dans la phase liminaire et s'il le met véritablement en œuvre dans sa vie.

#### 4.1.3 Une autre présence par la création d'un espace signifiant

Cette présence s'incarne essentiellement dans un rituel qui peut se définir dans une temporalité, une spatialité, une corporéité et une intersubjectivité uniques. Ce rituel implique d'être répété et de s'inscrire dans la quotidienneté de l'expérience du soigné et du soignant.

Pour ce faire, un engagement (ou un changement de regard) et une parole doivent se manifester dans une profondeur relationnelle telle qu'elle permette la rencontre de deux subjectivités dans un espace relationnel humanisant. En effet, en acceptant de se laisser toucher, le soignant devient témoin et accepte de se laisser lui-même transformer par l'expérience vécue. Ainsi, le soignant s'ouvre-t-il à accueillir quelque chose de l'autre (Vachon, 2014, p. 64), tout comme le soigné accepte d'offrir sa vulnérabilité au soignant pour qu'ensemble ils évoluent vers la définition d'un nouveau sens, d'un nouvel objectif de vie.

Didier Caenepeel a très judicieusement mis en évidence ce processus (Caenepeel, 2013, p. 26) :

Ces deux modes d'articulation du temps et de la parole déploient deux fonctions pour le sujet. Le récit ou l'acte narratif a pour fonction d'adapter le temps et de s'y adapter ; il structure ainsi le temps en en constituant la trame, alors que le temps raconté, articulant temps biologique et temps vécu, est le temps structurant pour le sujet. L'attention à la dynamique spirituelle, du point de vue de la narrativité, souligne l'importance qu'aucun des différents récits proposés ou imposés au sujet dans l'espace du soin ne devienne univoque (récit étiologique ou diagnostic de la maladie, récit constitué par le protocole thérapeutique ou palliatif, récits des soignants ou des proches sur/à la personne en fin de vie, etc.)

La promesse ou l'acte de parole énoncé sous le mode de la promesse a pour effet et fonction d'engager celui qui la prononce envers/devant autrui. La promesse structure donc à la fois un rapport de soi à autrui et un rapport de soi au temps alors que « le sujet s'engage dans sa parole et dit qu'il fera demain ce qu'il dit aujourd'hui ». Un acte de promesse, énoncé dans un contexte de soin ou d'accompagnement, structure une intersubjectivité relationnelle se déployant au sein d'une temporalité commune et ouvre un à venir au temps futur. La promesse, en ce sens, est marquée d'une dimension éthique structurante.

Dès lors, la posture du soignant ne peut pas se réduire à un mouvement asymétrique. Elle exige, au contraire, une forme de réciprocité, qui peut notamment se manifester par l'ouverture à ce que le patient se retrouve en position de don, voire de transmission. Selon Vachon, le terme « transmission », du latin *transmitto*, désigne notamment *l'action d'envoyer d'un lieu dans un autre*. La transmission évoque ainsi beaucoup plus que le simple don statique puisqu'elle renvoie à un passage, un legs et évoque ainsi la possibilité temporelle d'un *après*. (Vachon, 2014, p. 63) Il s'agit là de permettre que le soigné et le soignant poursuivent leurs chemins transformés, notamment en laissant résonner en eux leur part de souffrance, de mystère et de spiritualité, mais aussi une certaine forme de bienveillance et la valeur fondamentale d'un *être ensemble* (Vachon, 2014, p. 64), une certaine forme d'hospitalité.

En effet, lorsque le soin est inscrit en hospitalité, il repose sur deux mouvements simultanés qui consistent à se préparer pour recevoir l'autre qui se présente tout en se laissant surprendre en s'ouvrant à cet autre dans sa singularité propre.

Penser le soin dans une perspective d'hospitalité implique pour le soignant d'articuler son soin sur ce double registre. Le soin, dans une perspective d'hospitalité, articule ainsi un registre économique avec la mise en place, par le soignant, des conditions du soin et un registre d'altérité, nous pourrions dire un registre de spiritualité, par lequel le soignant se laisse déplacer et ajuster dans l'accueil de l'autre, dans son altérité et ses dynamiques propres qui échappent à toute prévision ou objectivation. Ce faisant, c'est aussi le soignant «accueillant» l'autre dans sa dynamique spirituelle qui fait l'expérience d'être reçu comme hôte au sein même du lieu qui est le sien. Le soignant s'expose dans l'accueil du soigné et par l'accueil du soigné, à partir de son savoir et de son savoir-faire d'intervenant et de ce qu'il connaît de l'espace du soin dans lequel il se trouve : un soin qu'il cherche à mettre en œuvre en préparant les conditions. Cependant, s'il entre dans une perspective d'hospitalité, il peut être surpris par la vulnérabilité qui l'atteint à cause de la singularité de l'autre, dans sa normativité spirituelle propre. Pour un individu malade ou fragilisé, la vulnérabilité se manifeste à travers une expérience d'étrangeté se déployant sur deux plans : étrangeté par rapport à soi et à sa propre subjectivité de laquelle il se trouve décroché (dynamique spirituelle sur l'axe du rapport à soi) et étrangeté par rapport aux autres, par rapport à la communauté de laquelle il est effectivement déjà écarté ou en passe de l'être (dynamique spirituelle sur l'axe de rapport à l'autre). L'enjeu du soin sera donc d'articuler un espace d'hospitalité pour recevoir cette expérience d'étrangeté, expérience de vulnérabilité et de fragilisation du sujet. (Caenepeel, 2013, p. 30-31)

Ainsi, le soignant qui prend en compte la dynamique spirituelle du patient redevenu un sujet sera amené à ajuster sa propre posture de soignant tandis que le soigné acceptera que, depuis sa position de vulnérabilité, sa position liminaire, il puisse retrouver une singularité et un nouveau sens à vivre. Cette démarche ne constitue-t-elle pas une véritable quête de soi qui dépasse la perspective de l'acte de soin pour devenir une quête de sens dans le soin ? Une quête spirituelle ?

C'est ce que Frankl évoque quand il écrit :

La personne émerge à partir du moment où un individu affirme sa dimension noétique, ou part à la conquête de cette dimension, pour la connaître ou la reconnaître d'abord, pour l'affirmer et la cultiver ensuite. (2014, p. 167)

J'ai dit, plus haut, qu'en pareil cas, je m'appuie sur les ressources spirituelles de mon patient. En d'autres termes, je délaisse la dimension psychologique pour entrer dans la dimension noologique, la dimension à partir de laquelle l'être humain se soucie de rechercher un sens ultime. (2019, p. 130)

#### 4.2 Proposition de grille d'intervention

Ceci étant posé, il convient de s'interroger sur la manière dont il pourrait être possible d'appliquer ces principes, concrètement, dans un soin spirituel. C'est ce que nous allons maintenant envisager en abordant les principes de l'entretien en logothérapie développés par Elizabeth Lukas.

Étudiante de Victor Frankl entre 1968 et 1971, Elizabeth Lukas a largement contribué à répandre, tout en les enrichissant, les théories de son maître. C'est ainsi qu'elle a formalisé la distinction entre la dimension psychosomatique du soin et la dimension noétique (spirituelle), en précisant que l'axe psychosomatique correspond à celui du caractère, souvent fruit des circonstances, tandis que l'axe spirituel coïncide, dans la mesure où il est cultivé, à la personnalité véritable et intrinsèque du soigné (Sarfati, 2015, p. 11). Elle ajoute même (Lukas, 2004, p. 96) :

Aujourd'hui, après plus de trente ans, des centaines de spécialistes en logothérapie la pratiquent, rien que dans les pays de langue allemande. Chacun d'eux a sa manière propre d'agir avec ses clients et patients, et c'est tout à fait dans l'ordre. Il importe que la relation patient-thérapeute se déroule de façon naturelle spontanée, sans affectation. Je pense pourtant qu'il est des styles

d'entretien qui répondent particulièrement bien à tous les objectifs de la logothérapie, parce qu'ils anticipent en quelque sorte sur les vues anthropologiques que leur discours doit fonder.

En fait, l'objectif de la logothérapie est qu'au cours du ministère médical et en application de tout ce que nous avons déjà défini précédemment, il soit possible de « valoriser la personne et de dévaloriser la faiblesse » (Lukas, 2004, p. 97), de promouvoir la victoire au lieu de la faiblesse. C'est ainsi qu'un « monde nouveau pourra s'ouvrir en l'espace de quelques minutes » (Lukas, 2004, p. 97), mais seulement parce que le thérapeute y sera, lui aussi, dans son élément. Pour cela, Lukas a mis en évidence quatre principes : valoriser la personne, aider à clarifier les choses, faire jouer les diverses possibilités puis chercher à déceler le sens.

#### 4.2.1 Les principes de l'entretien appliqués au ministère médical

Le premier principe, qui est de valoriser la personne, implique que sans intérêt authentique porté au patient par le soignant, il ne peut exister de climat de confiance; et donc ni coopération du patient ni succès pour le soignant. Bien évidemment, le sincère intérêt porté au patient exempte celui-ci de tout jugement de valeur ou de prise de position. (Lukas, 2004, p. 98) En fait, au lieu de refuser les jugements de valeur il serait sûrement plus juste de dire que Frankl préconisait de rehausser, toujours, la valeur du patient.

Il s'avère, de plus, important d'appréhender cette situation « ici et maintenant », si on souhaite définir, pour le soigné, des possibilités d'évolution qui sommeillent encore en lui, mais n'en sont pas moins déjà des potentialités. Pratiquement, cela se passe en faisant appréhender à son patient ses qualités, ici et maintenant, c'est-à-dire en dirigeant son attention vers le côté visé (Lukas, 2004, p. 99) :

Je dis par exemple à un patient, si la circonstance s'y prête : « Vous me donnez l'impression d'être remarquablement créatif » ou bien « Cette aptitude à vous mettre à la place des marginaux est un trait bien sympathique de votre caractère » ou encore « Vous avez exprimé vos aspirations de manière très nette ». Il va de soi que la sincérité est ici une affaire d'honneur. Je ne vais pas distribuer des compliments à tort et à travers. Ce que je veux, c'est mettre des accents.

Plus difficile, encore, est de faire saisir au soigné ses possibilités de développement pour demain. Il y faut de l'intuition, chose qui malheureusement ne se fabrique pas, mais qui naît seulement de l'intime communion spirituelle avec le patient. Il faut construire un climat de confiance mutuelle, c'est-à-dire du soigné envers son thérapeute, mais aussi, et surtout la confiance totale du thérapeute à l'égard des possibilités intactes, encore que dissimulées, de son patient. Lukas (2004, p. 99-101) illustre parfaitement cette notion en rapportant une discussion avec une de ses patientes :

Une autre femme, venue de Suisse, était profondément affectée. A un stade précoce d'une grossesse désirée, elle avait perdu son enfant, ce qui avait entraîné une semaine d'absence à son travail. La dame qui était son chef l'avait accueillie ensuite par cette aigre remarque que les avortements ne devaient pas être à la charge de l'employeur. Cette femme en pleurait toutes les larmes de son corps. « Dites-moi, demandai-je, quels seraient vos sentiments si quelqu'un prétendait que la Suisse est un pays plat, qu'on n'y trouverait, partout à la ronde, pas même une taupinière? » Elle se moucha, toussota, éberluée. « Mais quels seraient vos sentiments? », insistai-je. « Ça ne me ferait rien, dit-elle en haussant les épaules, quand on est bête c'est pour longtemps. » Je questionnai encore: « Tenteriez-vous de l'éclairer? » « Je ne sais pas. Je crois que ce n'en vaudrait pas la peine quand quelqu'un de soi-même ne s'informe pas », répond-elle. « Ah! vous n'iriez pas vous émouvoir, vous laisseriez l'intéressé à sa bêtise. » Elle opine. « Bon! faites alors la même chose avec votre chef », proposai-je. « Elle a une vue fautive des choses parce qu'elle ne s'informe pas. Elle ne croit pas, bien sûr, que la Suisse est un pays plat, mais elle considère comme un avortement la perte douloureuse de votre enfant. Elle s'égare, la pauvre, à faire pitié. Qu'en serait-il maintenant de cette attitude, ne pas s'émouvoir et la "laisser à sa bêtise"? » Ma Suissesse en pouffait. « J'en prends bonne note », s'écrie-t-elle. « Tous les matins, en allant au travail et voyant les

montagnes alentour, je penserai désormais: quand on est bête, c'est pour longtemps.»

Le second principe consiste à aider le soigné à faire la lumière en lui, car Frankl disait toujours que la souffrance rend l'homme « clair voyant » et que, philosophiquement, elle crée la transparence (Lukas, 2004, p. 102). Pour ce faire, la présence participante du soigné ne saurait suffire, si importante soit-elle, puisqu'il faut développer chez le soigné les pouvoirs de perception et de discernement. En fait, il convient de permettre au soigné de voir au-delà des réalités du moment, pour envisager ce qui pourrait être ou ce qui devrait être. La motivation humaine fondamentale ne consiste pas dans la satisfaction des pulsions, mais dans l'accomplissement de certaines valeurs, et dans la concrétisation de significations qui doivent être trouvées dans le monde. (Sarfati, 2015, p. 13)

En fait, Frankl disait souvent à son patient « Mon ami, tu n'es pas celui qui interroge, tu es celui qui répond ». Et ainsi un homme qui souffrait est devenu « clair voyant » parce que Frankl a contribué à retarder ses interprétations hâtives. (Lukas, 2004, p. 104) Avec cette clarification, il est possible de faire ressortir les contradictions du soigné pour qu'il renonce à ses insinuations détournées. En effet, il existe de nombreuses personnes dont le discours emprunte les voies les plus tortueuses quand il existe des voies directes. N'entendons-nous pas souvent bougonner de cette façon : « À moi personne ne dit quoi que ce soit », sans que celui qui se plaint n'explicite qui est ce « personne », ni de quelle information il s'agit ou ce qui constitue vraiment la cause de l'irritation?



Lukas (2004, p. 105) illustre ce besoin au moyen d'une anecdote :

Nous contribuons aussi à faire la clarté quand nous aidons à retarder les interprétations hâtives. Une femme me racontait un jour qu'elle avait fortement insisté auprès de sa mère, dans un foyer de personnes âgées, pour qu'elle se fasse laver à fond par le personnel. « Mon fils était là et ne disait rien », maugréait-elle. « Il n'avait pas le courage de m'appuyer. » - « Savez-vous avec certitude, questionnai-je, qu'il s'est tu par lâcheté? Peut-être ne voulait-il pas blesser la pudeur de sa grand-mère. Peut-être pressentait-il que l'insistance soulèverait une résistance. Peut-être cherchait-il à dissimuler son irritation devant cette colère. Peut-être trouvait-il le moment mal choisi pour faire des reproches à sa grand-mère. » La dame me fixait d'un air méfiant. « C'est l'ange de l'innocence dans toute sa pureté, ou quoi? - Y aurait-il pour vous un inconvénient à lui en parler après coup et à lui demander pourquoi il n'a rien dit? » ai-je questionné. Il s'est avéré par la suite que nous étions passées l'une et l'autre à côté de la réalité. Lors de cette dernière visite au foyer, le fils révisait mentalement des formules mathématiques dont il avait besoin pour un proche examen et n'avait prêté aucune attention à la querelle mère - grand-mère. En tout cas ma patiente s'est clairement rendu compte combien on peut être en porte-à-faux en interprétant les actions des autres. Avec un peu de chance, cette clarté obtenue dans la vision des choses s'est étendue au point de permettre une réflexion rétrospective sur son propre comportement.

Dès lors, cette injonction « aide-moi à te comprendre » constitue le meilleur facteur de communication interhumaine, parce que cette communication se fait rapidement et sans critiquer sa vision des choses, parce que le soigné en bénéficie immédiatement et qu'elle ne provient pas de quelqu'un qui a endossé le rôle du donneur de leçons. Dans cette volonté de comprendre se manifeste un intérêt noble et bienveillant pour le soigné qui confère à ce dernier la force de quitter sa retraite boudeuse ou douloureuse. (Lukas, 2004, p. 106)

Il s'ensuit que le troisième principe consiste à jouer sur la variété des possibles. En effet, par exemple, si deux individus ont chacun une pomme et qu'ils échangent leurs deux pommes, le résultat est de peu d'importance puisque chacun se retrouvera avec une pomme comme précédemment. Mais quand ces deux hommes ont chacun une

idée et qu'ils échangent leurs idées, le résultat est phénoménal puisque chacun, alors, a deux idées. C'est quelque chose d'analogue qui se produit, au cours du ministère médical, lorsque le soignant jongle dans la sphère de liberté et d'imaginaire de son patient. Le thérapeute peut amorcer la chose à la manière socratique, en disant, simplement, « Qu'arriverait-il, si...? » ou « Pouvez-vous envisager que... ? ». Alors, inévitablement, le patient se met-il à rêver, et en rêvant il anticipe sur ses possibilités les plus hautes. (Lukas, 2004, p. 109-110)

Enfin, la suite logique, le quatrième principe, se fonde sur la recherche de sens. Il est évident qu'atteindre La Vérité constitue, comme l'a souligné Jacques Brel, une quête de l'inaccessible étoile. Cependant, il est toujours possible de mettre le soigné en contact avec sa voix intérieure. Bien sûr, ce qui est découvert n'est pas toujours facile à assumer, pas toujours la chose désirée, mais, dans tous les cas, cette chose constitue une « bénédiction » qui produit un effet salutaire.

Une mère avec qui je m'entretenais un jour avait un fils adulte handicapé et elle faisait pour lui tout ce que ses forces lui permettaient. Elle tolérait de sa part toutes les folies possibles, réparait toutes ses sottises, n'imposant aucune limite aux lubies de ce garçon, et quand, une fois couché, il demandait à boire en hurlant, cette mère se précipitait. Je louai d'abord son esprit de sacrifice. Puis nous nous enquîmes de la raison de ces sacrifices. Que voulait-elle favoriser chez son fils? Un progrès ou une régression? l'autonomie ou la dépendance? l'aptitude à la vie sociale ou l'isolement? Elle me comprit aussitôt et se mit à pleurer amèrement. « Pourquoi, demandai-je, pourquoi le gênez-vous? Vous augmentez son handicap. » « Parce qu'il me fait tellement pitié, parce que de toute manière il est défavorisé », dit-elle en sanglotant.

« Il a sa place ici-bas comme tout un chacun, répliquai-je, une place qu'avec les aptitudes qu'il a, il peut excellemment remplir. Mais pour trouver cette place, il a besoin d'une mère qui croit à ses qualités, non à ses déficiences, et qui lui permet de tester ses capacités. » Au bout de trois séances, nous avons dressé une liste de sacrifices raisonnables, qui exigeaient notamment de cette mère qu'en bonne logique elle se retranche, qu'elle supporte courageusement, au besoin, les hurlements du petit chéri frustré. A la cinquième séance, j'ai appris qu'il allait déjà de lui-même chercher ses boissons à la boutique; à la huitième que, pour se faire de l'argent de poche, il distribuait de la publicité dans les

boîtes aux lettres. Sa mère respirait, libérée de ses travaux d'esclavage. Le fils développait sa créativité potentielle. Tout cela avait un sens qui était une « bénédiction ». (Lukas, 2004, p. 111-112)

#### 4.2.2 Une grille d'intervention

Comme annoncé précédemment, une grille d'intervention pour le soignant peut être ébauchée comme suit :

Phase	Moment	Que faire ?	Concrètement
Préliminaire	Entretien préalable	Se faire une idée sur le parcours personnel du soigné	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contextualiser la demande</li> <li>- l'histoire de la personne</li> <li>- ses antécédents médicaux</li> <li>- le soigné a-t-il pris seul l'initiative du soin?</li> <li>- la problématique existentielle</li> </ul>
Liminaire	Rencontre	Valoriser la personne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- manifester un intérêt authentique pour le patient</li> <li>- rehausser, toujours, la valeur du patient en lui redonnant foi en ses valeurs, ses croyances, sa spiritualité</li> </ul>
		Aider le soigné	<ul style="list-style-type: none"> <li>- développer chez le soigné les pouvoirs de perception et de discernement</li> <li>- faire ressortir les contradictions du soigné</li> </ul>
		Jouer sur la variété des possibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jongler dans la sphère de liberté et d'imaginaire du patient</li> <li>- anticiper sur les possibilités</li> </ul>
		La recherche de sens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- éveiller le soigné à ses propres ressources</li> <li>- évoquer :</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>* les valeurs, d'expérience (Eros - la relation),</li> <li>* de créativité (Pathos - l'engagement),</li> <li>* d'attitude (Ethos - modification du rapport à la situation)</li> </ul>
Post-liminaire	Suivi	Application concrète du nouveau sens dans la vie : que faire et comment ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- donner une forme concrète au projet existentiel</li> <li>- viser le maximum pour atteindre l'optimum (Sarfaty, 2018, p. 169)</li> <li>- la sortie du processus thérapeutique</li> </ul>

Tous ces principes s'impliquent les uns les autres, tout en caractérisant le travail fait au cours du ministère médical. Frankl disait toujours que ces principes sont portés par une « rhétorique de l'amour », car lorsque les hommes communient dans l'amour, ils s'adressent à ce qu'il y a de meilleur en l'autre, ils parlent clair et créent la clarté, abordent avec bienveillance la liberté de l'autre, s'épaulant alors mutuellement dans leur commune recherche d'un sens.

La personne que je vois en face de moi, comme celle que je suis moi-même, est constituée d'éléments à la fois limitants et en même temps ouverts vers l'infini, l'infini de l'amour, et l'infini de ce que j'appelle « l'alliance des princes » (la communion, qui n'est pas fusion, entre cette partie inconditionnellement positive au cœur de chaque être humain). (Frankl, 2019, p. 10)

En fait, selon ce principe, l'amour n'a pas peur (il valorise la personne), l'amour ne dissimule pas (il aide à faire la lumière), l'amour n'enchaîne pas (il joue avec les

diverses possibilités) et l'amour n'exige ni trop ni trop peu (puisqu'il cherche à déceler le sens). L'amour, avant tout, possède une infinité de langages et de signes. C'est ce qui fait la valeur, en fin de compte, du propos de Frankl, selon lequel ce n'est jamais une question de technique, mais toujours une question d'esprit dans lequel le soignant procède. Comme le mentionne Pélicier (1992, p. 97) « toutes les fois que l'homme est capable d'atteindre son objectif essentiel – 'la raison de vivre' – il devient heureux et il réussit à vaincre la souffrance et les épreuves » ou encore « le ministère médical (...) est une activité à la fois modeste et sacrée, qui consiste à aider le malade à trouver la signification de sa souffrance, et par là même à découvrir le sens de sa vie ».

Permettez-moi de conclure ce chapitre d'une manière certes peu académique, mais que, d'après ce que j'en ai découvert au cours de ce mémoire, Victor Frankl n'aurait pas renié. En effet, « Le ministère médical fait merveille dès que l'anime un esprit d'amour » (Lukas, 2004, p. 113). En effet, si le ministère médical recouvre des pratiques de dialogue qui ont pour but d'amener le soigné à identifier l'orientation de sens la plus appropriée à sa situation, il sert aussi, par extension, à lui faire adopter un positionnement psychologique susceptible de le mettre en accord avec lui-même.

## CONCLUSION

Ce mémoire est né d'une rencontre fortuite avec Victor Frankl, ce psychiatre autrichien fondateur de la troisième école de psychologie de Vienne, et du résonnement particulier que sa notion de ministère médical a eu en moi. Le ministère médical désigne, en logothérapie (la théorie développée par Frankl), toute intervention d'un praticien, quel qu'il puisse être, pour induire chez le patient un changement d'attitude psychologique et spirituel à l'égard d'une situation qu'il ne peut pas modifier (maladie incurable, par exemple). Plus généralement, le ministère médical recouvre les pratiques de dialogue qui ont pour but d'amener le patient à identifier l'orientation de sens la plus appropriée à sa situation, mais, aussi, et par extension, à lui faire adopter un positionnement psychologique et spirituel susceptible de le mettre en accord avec lui-même (Frankl, 2019, p. 169) et ainsi, de lui permettre de triompher des épreuves qu'il doit affronter.

L'objectif de ce travail était de mettre en évidence la recherche de sens qui intervient lorsque se construit une relation entre un soignant et un soigné, lors d'un soin spirituel, et de montrer que cette recherche pouvait se construire selon le modèle des rites de passage développé par Van Gennep et la notion de liminarité mise en évidence par Turner. Pour ce faire, nous avons également emprunté, sans sa référence religieuse, une partie de la théorie de l'hospitaliance développée par Didier Caenepeel. Un objectif secondaire était de concevoir, en application des principes développés par Lukas, un des disciples de Frankl, une grille qui faciliterait l'intervention en soin spirituels.

Pour y parvenir, j'ai donc commencé, dans le chapitre 2, par m'interroger sur le soin spirituel afin de définir ce que l'on entend généralement par un soin et a fortiori, un soin spirituel. Si l'exercice du soin exige tout d'abord de la compétence médicale et technique pour assurer une prise en charge thérapeutique efficace, il implique, de plus en plus, dans la même démarche, la création d'un lieu où soignant et soigné peuvent s'impliquer librement, émotionnellement et spirituellement, en mêlant respect de l'autonomie du patient, intention de bienfaisance du soignant et sens de la responsabilité ou responsabilité du sens. De plus, il est, désormais, largement admis qu'un besoin physique de soins de santé, comme dans le cas d'une maladie, peut être le symptôme d'un besoin plus profond et plus complexe de guérison d'une personne dans son intégralité, dont l'un des aspects essentiels réside dans la spiritualité.

Ainsi, dans la mesure où l'on a beaucoup évoqué le soin spirituel, je me suis ensuite attaché à définir ce qu'on entend par la notion de spiritualité, la distinguant de celle de religion et la contextualisant dans le domaine du soin. La définition retenue, tirée du *Guide des Soins Palliatifs du Médecin Vaudois* (Rivier, Hongler et Suter, 2008), a donc été de dire que « la spiritualité est une démarche cognitive de l'homme se caractérisant par la recherche d'un sens et d'un but pour son existence. » Cette recherche de sens peut être fondée sur des croyances, religieuses ou non, ou sur une attitude philosophique, morale, artistique ou scientifique. Elle peut entraîner des pratiques dites spirituelles. Elle fait partie du développement de l'homme. Le sens, les valeurs et la transcendance permettent au patient de se définir spirituellement.

J'en suis, ainsi, arrivé à la conclusion que prendre soin concerne effectivement le corps d'une personne, mais que cela va aussi bien au-delà de la vie, vers la force de vie qui habite la personne, son désir intérieur... et fondamentalement ce qui la constitue, elle-même. Le patient ne peut, dès lors, être réduit à son mal ou à son diagnostic clinique, il doit être pris en considération en tant que personne au-delà de



la maladie qui l'affecte. La relation au sujet est donc fondamentale parce qu'elle provient d'une construction réalisée à deux au moment de la rencontre et dans un espace-temps hors du temps et de l'espace. Ainsi, au-delà du langage, du rituel, de la religion, le spirituel constitue-t-il cet espace en soi secret où chacun construit le sens de sa vie, en s'interrogeant sur sa présence au monde et une transcendance possible. C'est cet espace secret et spirituel que Victor Frankl met en évidence dans la notion de ministère médical parce que selon lui, c'est là, et uniquement là, qu'il devient possible de procéder à un soin.

Je me suis donc interrogé, dans le chapitre 3, sur le ministère médical et la ritualité de la relation. En effet, si le soignant qui dispense des soins spirituels ne soigne pas au sens traditionnel du terme car il ne possède aucune compétence médicale particulière, on peut, par contre, affirmer qu'il facilite une sorte de communication ouverte et bienveillante entre les spiritualités du soignant et du soigné. C'est dans cet esprit qu'il a paru intéressant de recourir à la théorie de Victor Frankl, pour qui l'existence humaine est toujours dirigée vers quelque chose ou quelqu'un d'autre, au moyen d'une recherche de sens à construire dans la relation. La logothérapie représente, en effet, pour lui, une méthode thérapeutique qui mobilise la problématique du sens, et, plus précisément, « ce qui fait sens pour un sujet » pour permettre à ce patient de se réconcilier avec le propre sens de sa vie et ainsi, de « se réparer ». En conséquence, cette thérapie constitue tout aussi bien une « thérapie par le sens », qu'une « thérapie centrée sur le sens » où le patient demeure toujours un sujet libre et responsable, reconnu dans ce qu'il a de singulier et d'original, capable de façonner son destin et de prendre en main sa vie en faisant intervenir ce que Frankl appelle la « personne spirituelle ».

Dans cette pratique, le ministère médical désigne le secours spirituel que le médecin, ou tout autre soignant, peut prodiguer à un patient, en l'aidant à trouver une réponse

sensée à sa souffrance, dans une situation existentielle où la médecine s'avère impuissante. Il s'ensuit que le thérapeute doit aider le patient à élucider ce qui est pour lui une source de motivation ou de remotivation, c'est-à-dire qu'il doit l'aider à lever les obstacles qui s'opposent à la redécouverte d'un sens, en recourant soit aux valeurs d'Eros, de Pathos, ou d'Ethos.

Comme l'ensemble de ce développement pourrait connoter aussi bien le domaine clinique que celui de la théologie ou de la spiritualité, Frankl a toujours soutenu que l'exercice du « ministère médical » peut également être accessible non seulement aux psychologues ou aux infirmiers, mais aussi à tous ceux dont la responsabilité est de tisser du lien spirituel avec un patient. Le ministère médical n'est donc absolument pas un ministère spécialisé puisqu'il peut concerner tous les types de thérapeutes : un thérapeute devant être au service de tout être humain souffrant, sans limitation de culture, et sans restriction d'appartenance religieuse ou spirituelle.

Dans la mesure où cette recherche de sens doit conduire la relation qui se crée entre un patient et un soignant, cette relation pourrait se concevoir dans une coconstruction rituelle engagée par le soignant et le soigné au cours du soin. Or, ce rite peut s'avérer être un rituel de passage, tel que Van Gennep l'a conceptualisé ; rituel dans lequel on distingue toujours les trois stades de séparation, marge, agrégation, dont la forme et la durée varient en fonction de l'événement à marquer. Mais, il est aussi possible de l'aborder en mettant l'accent sur la notion de liminarité, telle que Turner l'a développée.

Si la liminarité renvoie à l'une des phases des rites de passage, elle conduit, en fait, les personnes qui y sont à se distancier des significations, conventions et prescriptions propres à chaque rituel, pour s'approprier le rituel par-delà les significations, les conventions et les prescriptions habituelles. Dès lors, un auteur tel

que Didier Caeneppel a pu mettre en évidence la possibilité d'ouvrir un espace d'hospitalité où le soin spirituel serait susceptible de réussir puisque soignant et soigné peuvent se rencontrer dans ce « mi-lieu », cet « entre-deux », sur lequel aucun n'a d'emprise préalable. Dès lors, cet espace marqué par l'incertitude constitue un espace et un temps qui sont coconstruits au cours de la relation qui se crée entre le soignant et le soigné et, dans ce mi-lieu liminaire, soignant et soigné peuvent s'accueillir et s'accepter mutuellement, tout en gardant ouverte la possibilité que l'autre les rende autres à leur tour. Comme l'énoncent Caenepeel et Vachon, le rite, comme la relation, sert donc « à déployer une structure et une fonction » de recherche de sens.

En conséquence de tout ce qui précède, on peut aisément affirmer que pour Frankl, la recherche de sens qui se bâtit au cours d'une relation soignant soigné, a fortiori dans le cadre du ministère médical, est la clé de voûte de son travail ; d'autant qu'elle permet de retrouver et de recréer une véritable hospitalité qui se définit par un autre regard, une autre parole et une autre présence. Le changement du regard du patient sur lui-même conduit donc, dans un premier temps, à lui redonner foi en ses valeurs, en ses croyances, en sa spiritualité, même si cette nouvelle vision peut créer des tensions chez le soigné. Il est bien évident que le regard que chaque homme porte sur lui-même est très personnel, et que cette modification intime du regard le conduira, forcément, à décider et à choisir ce dont il voudra être responsable. Selon Frankl, il aura, alors, une autre parole qui lui permettra de s'engager dans une et une seule des possibilités de la situation qu'il vit. Ce dialogue avec le soignant, construit selon le schéma tripartite des rites de passage, conduira à l'émergence de nouveaux choix.

Ce changement de regard et cette nouvelle parole se manifesteront dans une profondeur relationnelle telle qu'elle permettra la rencontre de deux subjectivités du soignant et du soigné dans un espace relationnel humanisant où le soignant s'ouvrira

pour accueillir quelque chose du soigné, tout comme ce dernier offrira sa vulnérabilité au soignant pour qu'ensemble ils évoluent vers la définition d'un nouveau sens, d'un nouvel objectif de vie. Ainsi, si soigné et soignant poursuivent leurs chemins transformés, il résonnera en eux une part de souffrance, de mystère et de spiritualité, mais aussi une certaine forme de bienveillance et la valeur fondamentale d'un être ensemble (Caenepeel, 2015, p. 13), ce que j'ai cherché à développer en évoquant la notion d'hospitalité ou d'hospitaliance. Dès lors, le ministère médical constitue un soin spirituel inscrit en hospitalité.

Enfin, pour retrouver mon souci pratique initial, les principes de l'entretien en logothérapie ont brièvement été esquissés afin que puisse être ébauchée une grille utilisable directement par un soignant au cours d'un entretien dans le cadre du ministère médical. Pour terminer, j'ajouterai simplement que, tout au long de ce travail sur Frankl, s'est forgée, en moi, l'idée que mon métier de relation d'aide et d'accompagnement du deuil est donc de rétablir en moi-même et dans ceux que j'accompagne la capacité de vivre pleinement une relation, incluant la dimension existentielle, ouvrant au spirituel, et construite à deux dans un espace-temps privilégié.

## BIBLIOGRAPHIE

- Arsène, D. (2017). L'empathie dans le soin procède-t-elle de la raison ? *Éthique & santé* 14(2), 102-106.
- Benoît, J. (2007). *Cheminement spirituel en fin de vie*. (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke.  
URL : <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/5210>
- Birmelé, B. (2018). Accompagner. La relation soignante comme cheminement. *Éthique & Santé*, 15(1), 48-54.
- Branchi, S. (2014). *Spiritualité, troubles anxieux-dépressifs et qualité de vie dans le champ de la santé et de la maladie*. (Thèse de doctorat). Université de Lorraine. URL : <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01333244>
- Caenepeel, D. (2007) Penser une éthique du soin préventif en psychiatrie (Thèse de doctorat), Université Laval. URL : <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/19438/1/24936.pdf>
- Caenepeel, D. (2013). Penser la spiritualité dans l'espace du soin : des dynamiques de « relation », « d'hippocratisation » et de « religion ». Dans Jobin G., Charon J.-M., Nyabenda M. (dir.), *Spiritualité et bio-médecine* (21-41). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Caenepeel, D. (2015). Hospitalité et accompagnement du sujet souffrant. *Spiritualitésanté*, 8(2), 12-15.
- Cherblanc, J. et Jobin, G. (2013). Vers une psychologisation du religieux ? *Archives de sciences sociales des religions*, 163, 39-62.
- Coté A. (2014). *Jusqu'au dernier souffle : étude phénoménologique sur l'expérience du yoga et de la spiritualité en soins palliatifs*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal.  
URL : <https://archipel.uqam.ca/6493/1/M13429.pdf>
- Courtois, A. (2006). Le rituel thérapeutique, à la recherche d'un nouveau souffle. *Médecine & Hygiène*, 27(3), 263 - 283.

- Dartiguenave J.-Y. (2012). Rituel et liminarité. *Sociétés*, 1(115), 81-93.
- Dautais, P. (2011). Le regard spirituel dans la compréhension des soins. *Revue internationale de soins palliatifs*, 4(26), 339-344.
- Degrad-Guillaud, A. (2016). *Accompagnement spirituel en soins palliatifs. Accompagner jusqu'à la mort*. (Certificat). Université Catholique de Louvain et Université de Lille.  
URL : <https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-helesi/helesi/spqv-woluwe/memoires/M%C3%A9moire%20final%20Anne%20Degrad-Guillaud.pdf>
- Désaulniers, L. (2009). Spécificité de l'accompagnement spirituel en milieu de santé. Dans *Observatoire des religions*, Université de Montréal.  
URL : <https://studylibfr.com/doc/4967397/spécificité-de-l-accompagnement-spirituel-en-milieu-de-santé>
- Frankl, V. (1967). *Un psychiatre déporté témoigne*. Lyon : Éditions du chalet.
- Frankl, V. (2012). *Le dieu inconscient*. Paris : InterÉditions.
- Frankl, V. (2013). *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- Frankl, V. (2014). *Ce qui ne figure pas dans mes livres*. Paris : InterÉditions.
- Frankl, V. (2017). *Retrouver le sens de la vie*. Paris : InterÉditions.
- Frankl, V. (2019). *Nos raisons de vivre*. Malakoff : InterÉditions.
- Gaillard Desmedt, S. et M. Shaha (2013). La place de la spiritualité dans les soins infirmiers : une revue de littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 4(115), 19-35.
- Goguikian Ratcliff, B. (2010). Du bon usage de l'interprète, entre neutralité et implication émotionnelle. *Cahiers de l'ILSL*, 28, 39-56. URL : <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:30034>
- Gouvernement du Manitoba : site internet consulté le 14 juillet 2019. URL : <https://www.gov.mb.ca/health/mh/spiritualhealth/index.fr.html>
- Honoré, B. (2011). *L'esprit du soin*. Paris : Seli Arslan.

- Jacques, R. (1999). Le « spirituel » et le « religieux » à l'épreuve de la transcendance. *Théologiques*, 7(1), 89 - 106.
- Kühn, R. (2006) La pensée de Victor Frankl et notre temps. *Le Portique*, 18, consulté le 30 septembre 2018, URL : <http://leportique.revues.org/833>
- Kühn, R. (2017). L'acte thérapeutique trans-noétique et logothérapie intégrative. Dans *Themenschwerpunkt, Individuum und Globalisierung*. Consulté le 16 octobre 2018, URL : [http://www.izpp.de/fileadmin/user\\_upload/Ausgabe\\_2-2017/08\\_Kuehn\\_2\\_2017.pdf](http://www.izpp.de/fileadmin/user_upload/Ausgabe_2-2017/08_Kuehn_2_2017.pdf).
- Le Vaou, P. (2006). *Une psychothérapie existentielle : la logothérapie de Victor Frankl*. Paris : L'Harmattan.
- Lhotellier, A. et St-Arnaud, Y. (1994). Pour une démarche praxéologique. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(2), 93–109.
- Lukas, E. (2002). *De ta souffrance même tu peux faire quelque chose*. Paris : Pierre Téqui éditeur.
- Lukas, E. (2004). *La logothérapie, théorie et pratique*. Paris : Pierre Téqui éditeur.
- Melo Pereira, J. M. (2004). *L'accompagnement Spirituel et religieux en fin de vie*. (Mémoire de maîtrise). Université Laval. Récupéré de Bibliothèque et Archives Canada, ISBN: 0-612-98041-3
- Ménard G. (2007). *Petit traité de la vraie religion*. Montréal : Liber.
- Métayer, D. (2014). *Préoccupations éthiques des intervenants dans leur travail d'accompagnement auprès des aînés en fin de vie résidant en centre d'hébergement*. (Thèse de doctorat). Université de Montréal. URL : [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/12599/METAYER\\_DIANE\\_2014\\_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/12599/METAYER_DIANE_2014_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Mucchielli, P. (2002). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Orieux, C. (2016). *L'expérience spirituelle et existentielle d'accompagner un proche en fin de vie dans le milieu des soins palliatifs*. (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal. URL : <http://archipel.uqam.ca/9109/1/D3150.pdf>
- Paillé, P. (dir.) (2010). *La méthode qualitative. Postures de recherche et travail de terrain*. Paris : Armand Colin.

- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 3(110), 13-20.
- Pélicier, Y. (1996). *Présence de Frankl : Colloque autour de l'œuvre de Victor E. Frankl*. Genève : Éd. du Tricorne.
- Pepin, J. (2001). La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières. *Théologiques*, 9(2), 33-46.
- Portail des soins palliatifs en Wallonie*, consulté le 06 octobre 2019. URL : <http://www.soinspalliatifs.be/definition-des-soins-palliatifs-oms.html>
- Pujol, N. (2014). *Spiritualité et oncologie. Enjeux éthiques et épistémologiques d'une intégration*. (Thèse de doctorat). Université Paris Descartes et Université Laval. URL : <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/25524/1/31356.pdf>
- Pujol, N., et al. (2014). Quelle place pour la spiritualité dans le soin ? *Esprit*, (6), 75-89.
- Rivier, E., Hongler, T., Suter, C. (2008) La spiritualité en soins palliatifs. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois. *Courrier du médecin vaudois*, 5, 1 - 28.
- Sarfati, G.-E. (2015). A propos de Victor Frankl (1905-1997) principes et perspectives de l'analyse existentielle et de la logothérapie. Dans *Thyma.fr*. Consulté le 16/10/2018, URL : <http://www.thyma.fr/a-propos-de-Victor-frankl-1905-1997-principes-et-perspectives-de-lanalyse-existentielle-et-de-la-logotherapie/>
- Sarfati, G.-E. (2018). *Manuel d'analyse existentielle et de logothérapie*. Paris : Dunod.
- Ségalen, M. (2009). *Rites et rituels contemporains*. Paris : Armand Colin.
- Simard, N. (2006). Spiritualité et santé. *Reflets*, 12(1), 107-126.
- Thibodeau, M., Leduc, D. et Bésuelle, C. (2012). L'entrée en scène du danseur : Rite(s) de passage(s). *Agôn*, 5, consulté le 4 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/agon/2426>
- Turner, V. (1990). *Le phénomène rituel*. Paris : Presses universitaires de France.



- Vachon, M. (2014). Vers de nouveaux repères de dignité : phénoménologie et rituel d'accompagnement en contexte de maladie dégénérative. *Jalmarv*, 117(2), 57-65.
- Vachon, M. and R. Dupuis (2012). La recherche de sens en oncologie : fondements théoriques et application clinique de la logothérapie. *Psycho Oncologie*, 6(2), 85-90.
- Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29(2), 213-237.
- Viard, P. (2014). *Le soin-communicant*. (Thèse de doctorat). Université de Bourgogne. URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01136584/document>
- Vonarx, N. et Lavoie, M. (2011). Soins infirmiers et spiritualité : d'une démarche systématique à l'accueil d'une expérience. *Revue internationale de soins palliatifs*, 4(26), 313-319.
- Vonarx, N. et Desgroseilliers, V. (2013). Renouer avec le sujet dans le champ de la santé : proposition théorique pour un soin fondé sur l'expérience vécue. *Recherche en soins infirmiers*, 3(114), 21-30.
- Worms, F. (2006). Les deux concepts du soin: Vie, médecine, relations morales. *Esprit*, 321 (1), 141-156.