

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

BOISEN, CLINEBELL ET NOUWEN : ÉTUDE COMPARATIVE D'APPROCHES  
AMÉRICAINES EN SOINS SPIRITUELS

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES DES RELIGIONS

PAR

PIERRE ALEXANDRE RICHARD

JANVIER 2014

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.01-2006). 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 [a] 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.»

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	i
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I	
ANTON T. BOISEN .....	8
1.1 Biographie .....	8
1.2 Contexte socio-historique .....	14
1.3 Approche de soins spirituels d'Anton Boisen .....	20
1.3.1 Préambule .....	20
1.3.2 Rôle du professionnel .....	23
1.3.3 Aptitudes et valeurs à développer .....	30
1.3.4 Objectifs visés et erreurs à éviter .....	35
1.4 Conclusion .....	40
CHAPITRE II	
HOWARD CLINEBELL .....	44

2.1 Biographie .....	44
2.2 Contexte socio-historique .....	47
2.3 Approche de soins spirituels de Howard Clinebell .....	52
2.3.1 Rôle du professionnel .....	53
2.3.2 Aptitudes et valeurs à développer .....	58
2.3.3 Objectifs visés et erreurs à éviter .....	81
2.4 Conclusion .....	89
 CHAPITRE III	
HENRI NOUWEN .....	98
3.1 Biographie .....	98
3.2 Contexte socio-historique .....	99
3.3 Approche de soins spirituels de Henri Nouwen .....	101
3.3.1 Rôle du professionnel .....	102
3.3.2 Aptitudes et valeurs à développer .....	108
3.3.3 Objectifs visés et erreurs à éviter .....	115

3.4 Conclusion .....	119
----------------------	-----

## CHAPITRE IV

COMPARAISON DES APPROCHES, CONVERGENCES ET DIVERGENCES	123
--	-----

4.1 Convergences .....	123
------------------------	-----

4.1.1 Points communs entre les trois auteurs .....	124
--	-----

4.1.2 Points communs entre Boisen et Clinebell .....	137
--	-----

4.1.3 Points communs entre Clinebell et Nouwen .....	143
--	-----

4.1.4 Points communs entre Boisen et Nouwen .....	150
---	-----

4.2 Divergences .....	155
-----------------------	-----

4.2.1 Rapport à la psychologie et à la psychanalyse .....	156
---	-----

4.2.2 Trois identités professionnelles : clinicien, thérapeute et aumônier ....	161
---	-----

4.3 Conclusion .....	166
----------------------	-----

CONCLUSION .....	171
------------------	-----

LEXIQUE .....	179
---------------	-----

BIBLIOGRAPHIE .....	18
---------------------	----

## RÉSUMÉ

Les professions d'aumônier et d'animateur de pastorale dans le milieu hospitalier font aujourd'hui place à celle d'intervenant(e) en soins spirituels. Ces professionnels de la santé possèdent une formation universitaire, ont complété des stages cliniques en soins spirituels et font partie des équipes multidisciplinaires au même titre que les psychologues et les travailleurs sociaux. Au Québec, la nouveauté de cette participation active dans les soins offerts aux patients a de quoi faire réagir : comment peut-on passer aussi rapidement d'une pastorale catholique à une profession clinique non-confessionnelle ? La spiritualité a-t-elle sa place dans une équipe de soins ? Ces réactions sont compréhensibles, surtout lorsqu'on considère le peu de travail qui a été fait pour faire connaître les origines américaines de cette discipline et pour présenter aux cercles francophones les approches et les concepts élaborés par des dizaines d'auteurs depuis près de 90 ans. Cette recherche a pour objectif de pallier à ce manque en présentant trois auteurs marquants du 20<sup>e</sup> siècle aux États-Unis ayant eu un impact considérable sur le domaine du *Pastoral care* et du *Spiritual care* : Anton Boisen, Howard Clinebell et Henri Nouwen. Cette étude comparative place les trois auteurs dans leur contexte socio-historique, présente leurs approches de *Spiritual care* et met en lumière les convergences et les divergences observées entre celles-ci. L'hypothèse qu'une meilleure compréhension de la discipline, de son évolution et de son avenir émergerait d'une telle étude et que des orientations pertinentes pourraient en découler a motivé l'accomplissement de ce travail. Cette recherche démontre que Boisen, Clinebell et Nouwen s'entendent sur la majorité des points, notamment sur la présence des professionnels du *Spiritual care* au sein des équipes traitantes, sur l'aspect central du savoir expérientiel de ces professionnels, sur l'obligation d'avoir une bonne compréhension du potentiel à la fois bénéfique et nuisible des croyances religieuses et sur l'importance de savoir adapter la profession à travers les époques et les sociétés sans toutefois renier son histoire et ses fondements théologiques.

Mots clés : Anton T. Boisen, Howard Clinebell, Henri J. M. Nouwen, soins spirituels, spiritualité, religion, aumônier, pastorale, hôpital, santé, *care*, counseling.

## INTRODUCTION

Les liens historiques qui unissent au Québec les communautés religieuses et le domaine de la santé sont bien connus. Pendant des siècles, ces deux réalités étaient indissociables ; les religieux et les médecins cohabitaient et collaboraient pour atténuer la souffrance des malades. Plusieurs décennies se sont écoulées depuis la Révolution tranquille et le processus de sécularisation a mis fin, dans la grande majorité des cas, à cette cohabitation traditionnelle. Bien que les communautés chrétiennes aient quitté les murs des centres hospitaliers, la religion et la spiritualité n'ont pas totalement disparu de ces milieux scientifiques.

Depuis 2005, ce sont des intervenants en soins spirituels (ISS) qui ont pour mission de répondre aux besoins de nature religieuse et spirituelle des personnes malades. Ces intervenants, dont la dénomination succède à celle d' « animateur et animatrice de pastorale » et d' « aumônier », se distinguent avant tout de leurs prédécesseurs par leur formation et par leur statut professionnel, qui leur permet d'avoir accès aux dossiers cliniques et de faire partie des équipes interdisciplinaires.

L'introduction de stages cliniques et de ce statut professionnel au Québec est influencée par ce qui se fait aux États-Unis et au Canada depuis des décennies. En effet, c'est en 1925 que les premiers stages cliniques sont mis sur pied par Anton Theophilus Boisen, que le Père Angelo Brusco qualifie d' « homme d'une grande intelligence et d'une riche culture » (1993, p. 96). Près de 90 ans plus tard, la discipline qu'il a fondée continue d'élargir ses frontières.

Cette recherche vise à présenter les approches professionnelles de trois auteurs influents : Anton Boisen (1876-1965), le fondateur de ce que sont aujourd'hui devenus les soins spirituels, Howard Clinebell (1922-2005) et Henri Nouwen (1932-1996).

### *Limites de la recherche*

Les approches en soins spirituels que nous présenterons se limitent aux trois auteurs que nous avons nommés plus haut. Étant donné que l'histoire des soins spirituels actuels débute avec Anton Boisen en 1925, il est hors de question de prétendre faire une étude exhaustive de presque 90 ans d'histoire et de toutes les approches ayant été formulées par des centaines d'auteurs au cours de cette période. Le choix des auteurs que nous voulions étudier, parmi ceux ayant contribué au développement de la discipline, s'est en quelque sorte imposé en raison de leur importance respective au sein de la discipline : Boisen parce qu'il est le fondateur des soins spirituels, Clinebell en raison de la popularité de son livre *Basic types of Pastoral Care and Counseling* (1966) dans le milieu professionnel anglophone, et Nouwen en raison de sa popularité auprès du public et de son statut de prêtre catholique, ce qui nous rapproche de la réalité socio-culturelle québécoise. Toutefois, ce serait induire le lecteur en erreur que de passer sous silence l'intérêt personnel que ces trois auteurs suscitent chez nous. En tant qu'intervenant en soins spirituels à l'emploi dans le milieu depuis plus de deux ans, nous nous sommes bien sûr bâti des opinions et une vision de cette discipline qui nous est propre ; les trois auteurs que nous avons choisis ne sont pas étrangers à ce processus, tant par la lecture que nous en avons faite au cours de notre formation et de nos débuts dans la profession que par l'approfondissement de leurs approches qu'a constitué la présente recherche. Par contre, il est important de préciser qu'au moment de la sélection de nos auteurs, notre niveau de connaissance à leur sujet était loin

d'être exhaustive. C'est donc à la fois une sorte d'intuition qui nous a poussé à vouloir comparer ces trois auteurs et une réalité pratique commune à toute profession, qui veut que la lecture des auteurs importants se fasse en premier.

La présente recherche porte sur des auteurs de tradition chrétienne issus de différentes branches du protestantisme — presbytérienne et congrégationaliste dans le cas de Boisen et méthodiste dans le cas de Clinebell — ainsi que du catholicisme dans le cas de Henri Nouwen. Des auteurs issus d'autres confessions existent, mais ne seront pas abordés dans notre travail. Par ailleurs, les positions théologiques de ces auteurs ayant peu d'importance dans leurs approches pratiques, nous n'avons presque pas abordé ces aspects. De plus, les auteurs que nous avons choisis ont formulé la grande majorité de leurs idées sans s'attarder à leurs fondements théologiques, ce qui a facilité leur présentation dans un cadre non-confessionnel s'appliquant bien à la nature des soins spirituels modernes.

### *Objectifs*

L'objectif principal de cette recherche est de présenter et de comparer trois différentes approches américaines en soins spirituels, issues de courants différents au 20<sup>e</sup> siècle, afin d'offrir une perspective particulière sur cette discipline, son histoire, et sur les enjeux et les défis qui l'ont façonnée. L'objectif secondaire de notre projet est, d'une part, de voir en quoi cette étude comparative peut être pertinente pour mieux comprendre le travail des intervenants en soins spirituels d'aujourd'hui dans le contexte québécois, et, d'autre part, de fournir à ceux-ci des pistes de réflexion destinées à enrichir leur pratique professionnelle.

Nous avons complété cette recherche dans le but de rendre plus accessibles quelques auteurs anglophones — principalement Boisen et Clinebell, étant donné que plusieurs ouvrages de Nouwen sont désormais disponibles en français — et de jeter un regard nouveau sur les origines et l'héritage de cette profession. Nous espérons également que notre travail contribuera aux réflexions actuelles en soins spirituels ; nous sommes d'avis que le fait de revisiter le passé ne peut qu'enrichir l'avenir.

### *Méthodologie*

Cette recherche prendra la forme d'une étude comparative de trois approches américaines en soins spirituels. Chaque auteur sera présenté à partir d'un ouvrage clé de sa bibliographie : *The Exploration of the Inner World* (1936) pour Boisen, *Basic types of Pastoral Care and Counseling* (1966) pour Clinebell et *The Wounded Healer* (1972) dans le cas de Nouwen. Ces trois textes contiennent à notre avis l'essentiel des approches des trois auteurs. Dans le but de dresser un portrait plus complet de leurs approches et de leurs idées, nous ferons appel à d'autres textes qu'ils ont signés ainsi qu'à de nombreuses études portant sur ces trois auteurs importants. Afin de préparer le terrain pour une meilleure compréhension des auteurs, une brève biographie et une présentation de leurs contextes socio-historiques précéderont la présentation de leurs approches. Celles-ci seront alors exposées en suivant un cadre commun : 1) rôle du professionnel, 2) aptitudes et valeurs à développer, 3) objectifs visés et erreurs à éviter. Suite à la présentation des approches de Boisen, Clinebell et Nouwen, nous procéderons à la comparaison des points de convergence et de divergence que nous aurons repérés. Pour terminer, une conclusion finale viendra compléter l'ensemble de notre recherche et en résumer les principaux résultats.

## *Pertinence de la recherche*

### *a) Santé publique et soins spirituels*

Au Québec, la profession d'intervenant en soins spirituels est méconnue du public et des autres professionnels de la santé. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce fait : la nouvelle dénomination de la profession, le petit nombre d'intervenants, les différences linguistiques et confessionnelles (la discipline est issue de milieux anglophones et protestants), la relation particulière qu'entretiennent les Québécois avec la religion, les tensions historiques entre la religion et la médecine, etc. Au sujet de ces différences, Robert Dagenais note que

[l]'évolution de l'éducation pastorale clinique au Québec a été lente, difficile, et a mis beaucoup de temps à s'implanter en profondeur. Curieusement, le milieu anglophone se montre beaucoup plus réceptif à ce genre de formation. Il y a plusieurs raisons à cela : question de langue, de culture, de vision de la réalité, sans compter la difficulté à recruter et à former des superviseurs francophones (1993, p. 93).

Pourtant, depuis plusieurs années, ces professionnels sont présents quotidiennement aux côtés des personnes souffrantes, leur offrant un soutien inconditionnel et répondant à leurs besoins spirituels et religieux. Nous sommes d'avis que le récent changement d'identité professionnelle des ISS est une occasion pour mieux faire connaître cette discipline, ses origines et sa riche histoire. Cette recherche constituera notre contribution en ce sens. De plus, depuis les débuts difficiles<sup>1</sup> de cette discipline au Québec, les débats et les frictions entourant sa pertinence et sa place au sein de notre système de santé n'ont jamais réellement cessé ; nous espérons que notre recherche saura contribuer aux échanges et à l'avancement des soins spirituels au 21<sup>e</sup>

---

<sup>1</sup> Le premier stage en français fut donné à l'hôpital Robert-Giffard de Beauport, en 1970, à l'initiative des Pères Camilliens (Dagenais, R. dans Giguère (dir.), 1993, p. 93-94).

siècle. Finalement, les autres professionnels de la santé pourront, grâce à notre recherche, avoir une meilleure idée de ce que sont les soins spirituels en général et réfléchir à la place qui devrait leur être accordée dans le contexte hospitalier. Au Canada, la présence même de ces soins en milieu hospitalier est souvent remise en question (De Bono, 2012, p. 3), et c'est pourquoi l'ensemble des services de *Spiritual care* subit une réduction de leur financement et de leur personnel<sup>2</sup>. Malgré les changements importants qu'a subi cette profession et en dépit d'une réorganisation de la sphère spirituelle et religieuse dans la société actuelle et de questionnements dans le milieu hospitalier (*Idem*, p. 4), la discipline des soins spirituels est loin de pouvoir être réduite à un vestige du passé. Au contraire, si l'on en croit l'histoire de cette profession, les intervenants en soins spirituels, du moment qu'on leur accorde l'espace pour se réfléchir eux-mêmes et pour se remettre en question, sauront assurer leur avenir et celle de leur discipline.

### *c) Sciences des religions*

Sur le petit nombre d'intervenants en soins spirituels au Québec, une infime minorité a complété des études en sciences des religions ; la plupart des ISS sont détenteurs de diplômes en théologie. Par contre, depuis 2011, les stages cliniques en soins spirituels peuvent être crédités par un département de sciences des religions. Ces changements, qui peuvent sembler mineurs, confirment au contraire l'influence grandissante des sciences des religions et de leur pertinence dans de nouveaux domaines d'application. Le regard particulier que confèrent les sciences des religions enrichit les réflexions théoriques et les questions pratiques sur la place du spirituel et du religieux dans la sphère médicale et publique. C'est dans ce nouveau contexte que s'inscrit cette

---

<sup>2</sup> Dans notre propre environnement de travail, à l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal, un poste permanent à temps complet a été supprimé en 2013.

recherche; nous souhaitons qu'elle puisse être utile aux futurs étudiants en sciences des religions désirant faire carrière en soins spirituels.

## CHAPITRE I

### ANTON T. BOISEN

#### 1.1 Biographie

Dans cette première partie du chapitre portant sur Anton Boisen, nous avons cru pertinent d'approfondir un peu plus quelques éléments biographiques qui, s'ils peuvent sembler anecdotiques au départ, apportent par la suite un éclairage particulier à l'œuvre du fondateur du *Clinical Pastoral Education* (CPE). Quelques éléments expliquent ce choix : d'abord, les problèmes de santé mentale dont a souffert Boisen au cours de sa vie ne peuvent selon nous être compris sans un minimum d'informations. Des informations qui, sans prétendre pouvoir expliquer sa maladie, nous permettent néanmoins d'avoir un portrait plus global de la manière dont la maladie mentale se tisse et se perpétue chez l'individu affecté. Ensuite, le fait que le programme de stages cliniques élaboré par Boisen ait d'abord vu le jour dans des établissements de santé mentale, avant de s'étendre plus tard aux hôpitaux généraux, donne, à notre avis, une lecture particulière de l'histoire des soins spirituels. Pour Christopher De Bono, l'ensemble des réflexions et des évolutions de la discipline sont indissociables des premiers concepts formulés par Anton Boisen : « Since these origins, debate about clinical chaplaincy's identity and role has focused on expanding, renegotiating, and even pushing beyond Boisen's ideas of psychiatric chaplaincy » (2012, p. 2).

La présente recherche ne porte pas spécifiquement sur les soins spirituels dans un contexte psychiatrique. Cependant, comme nous occupons un poste d'intervenant en soins spirituels à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, il nous apparaissait difficile d'omettre complètement la question de la santé mentale de notre projet. À défaut de présenter une recherche portant exclusivement sur la spiritualité en santé mentale, le fait d'aborder les motivations de Boisen ainsi que quelques éléments de sa biographie portant sur la psychiatrie sera notre manière d'inclure ce champ d'application des soins spirituels.

Anton Theophilus Boisen naît en 1876 à Bloomington en Indiana. Ses parents, tous deux enseignants, proviennent de familles éduquées et respectées dans le milieu universitaire (Boisen, 1960, 18-19). Malgré ce contexte privilégié, la vie du jeune Anton est marquée par plusieurs événements traumatisants. Suite à une auto-exploration sexuelle jugée excessive par ses parents, il est circoncis à l'âge de quatre ans pour tenter de guérir ce problème (Bregman, 1979, p. 214). Un an plus tard, il se fait également sévèrement réprimander et laver la bouche avec du savon après s'être fait surprendre en train de poursuivre son exploration sexuelle avec son cousin (Boisen, 1960, p. 25). Le père de Boisen meurt subitement alors que celui-ci n'a que sept ans; sa famille doit alors emménager avec ses grands-parents. Les quelques souvenirs qu'il garde de son père auront une grande importance pour lui : « [H]is memory (...) has remained a potent force in my life, one which for me has been associated with my idea of God » (Boisen, 1960, p. 27).

L'éducation religieuse de Boisen est assez stricte. Son grand-père est un « Covenantaire » irlandais-écossais et toute la famille le suit à l'église tous les dimanches, où il était interdit de siffler et de lire tout ce qui ne se rapportait pas à la religion. Malgré cet encadrement rigide, Boisen apprécie son grand-père, qu'il décrit

comme étant calme et doux (Boisen, 1960, p. 35). Le reste de l'enfance et de l'adolescence d'Anton Boisen est marqué par l'échec, accentué par le fait que sa sœur semble exceller à tous les niveaux : « Boisen's prehospital life was marked by isolation, failure, and frustration in almost every area of development. (...) To add to Boisen's problems, his sister was everything he was not : brilliant, outgoing, popular » (Bregman, 1979, p. 214). Une certaine honte et culpabilité sexuelles l'accompagnent tout au long de son adolescence et le poussent à aller se confier à un pasteur. Celui-ci lui conseillera de contrôler ses instincts et de se tourner vers le Christ (Boisen, 1960, p. 47). Voici ce que dit Lucy Bregman (1979, p. 214) au sujet de cet épisode : « This advice (...) was to have a special impact on the sensitive Boisen. It confirmed his view of himself as involved in a desperate battle with hostile inner forces (...). » C'est donc un jeune homme timide, tourmenté et avec peu d'estime personnelle qui émerge de l'adolescence pour entrer dans la vie professionnelle.

Boisen commence par suivre les traces de son défunt père et devient professeur de français à l'Université d'Indiana. Toutefois, il se sent rapidement mal à l'aise au contact des femmes et de la littérature française : « Since in French literature I was constantly confronted with the unassimilated sex problem, a change of occupation seemed called for. » (Boisen, 1960, p. 50) Il devient alors garde forestier, profession qui n'est pas, elle aussi, sans rappeler son père qui adorait les arbres (Bregman, 1979, p. 214). C'est à cette époque, à l'âge de 26 ans, qu'il tombe amoureux d'Alice Batchelder, une jeune femme travaillant pour le YWCA qui deviendra une figure marquante et l'un des points focaux de sa maladie mentale. Plutôt que de décliner toute forme de contact avec Boisen, Alice Batchelder maintient toute sa vie une relation ambiguë avec lui qui entretient à la fois son sentiment de rejet ainsi que ses espoirs de pouvoir se marier avec elle :

« Alice at times seems to have done her best to avoid entangling herself in Boisen's passions and conflicts. At other times, she subtly encouraged him

to continue hoping. At one point, Boisen felt, he could have trapped her into marrying him out of pity, but when the chance came he was (significantly) too withdrawn and apprehensive to ask her. Retrospectively, Boisen saw Alice as a kind of therapist, who as a professional religious worker was in some sense *obligated* to heal a really sick person such as himself (Bregman, 1979, p. 215). »

Boisen est conscient de l'état instable dans lequel il se trouve à cause de son amour impossible pour Alice, mais il ne peut se résigner à cesser tout contact avec elle. Son estime personnelle déficiente est amplifiée par cette relation : il est faible et imparfait, tandis qu'Alice incarne la force et la perfection que lui-même n'atteindra jamais. Ainsi, il voit Alice comme une source de salut, une lumière qu'il se doit de suivre coûte que coûte (Boisen, 1960, p. 55). Après avoir choisi deux carrières en signe de dévotion à son défunt père, Boisen choisit de devenir pasteur en signe de dévotion à Alice. Il croit ainsi pouvoir se rapprocher d'elle dans un cadre professionnel (Bregman, 1979, p. 215). Pour De Bono, ces nombreux changements de carrière eurent une grande influence sur son caractère et sur sa carrière de chercheur (2012, p. 41).

Pendant la Première Guerre mondiale, Anton Boisen traverse l'Atlantique pour servir comme secrétaire pour le YMCA en France. À son retour, il s'implique dans une organisation œcuménique, le Interchurch World Movement (Boisen, 1960, p. 74). Suite à l'échec de ce mouvement, Boisen doit affronter une difficulté qui consiste à trouver une paroisse qui accepterait un pasteur inexpérimenté. De plus, son célibat et sa timidité n'encouragent pas les paroissiens à lui confier un rôle clé dans une communauté (Boisen, 1960, p. 77). Ce rejet fait écho à sa relation avec Alice, qui oscille comme toujours entre une illusion d'amitié fondée sur la pitié et le réel espoir de pouvoir un jour bâtir quelque chose avec elle.

Toutes ces situations d'échec et de rejet culminent en 1920 avec un épisode psychotique axé sur les dichotomies entre la perfection et l'imperfection, ainsi que sur

la force et la faiblesse (Boisen, 1960, p. 82). C'est au cours de son délire qu'apparaît pour la première fois dans son esprit l'idée de « percer un trou dans le mur séparant la médecine et la religion<sup>3</sup> » (Boisen, 1960, p. 91). Boisen est convaincu que certaines formes de maladies mentales découlent de problèmes religieux et identitaires plutôt que médicaux et biologiques. Ces maladies seraient en fait les symptômes observables d'un effort de l'esprit de se réorganiser face à une crise existentielle et morale : « Boisen came to believe that in his case and indeed with other cases similar to his own that mental disturbance was, as he called it, a "problem solving attempt at cure and reorganisation" » (Hart, 2001, p. 424).

En 1923, alors qu'il étudie en théologie à Harvard, il présente un projet portant sur « the study of the interrelationship of religious experience and mental illness » (Boisen, 1960, p. 148). Le projet est rejeté, mais l'un des professeurs de Boisen, le Dr Richard Cabot, se dit intéressé par le sujet de recherche et promet à Boisen de le soutenir personnellement.

Au même moment, Boisen reçoit une nouvelle surprenante : le surintendant du Worcester State Hospital au Massachusetts, le Dr William A. Bryan, souhaite l'engager comme aumônier (chaplain). C'est ainsi qu'en juillet 1924, il commence son nouvel emploi auprès des patients ayant des problèmes de santé mentale. Parallèlement, il entretient un partenariat de recherche sur la relation entre la religion et les troubles mentaux avec Arthur Holt du *Chicago Theological Seminary*, qui partage les mêmes intérêts sur la question et avec lequel il constate l'importance d'un tel projet : « We were (...) impressed by the failure of the psychologists and sociologists and psychiatrists to carry their inquiries to the level of the religious. Here then was a great no man's land which needed to be explored » (Boisen, 1960, p. 150).

---

<sup>3</sup> Voir le lexique pour une définition de la religion et de la spiritualité selon Boisen.

Ce statut de chercheur permet à Boisen de réclamer des fonctions plus cliniques au Dr Bryan :

« In undertaking this new assignment I had a clear understanding with Dr. Byan that I was to come as chaplain and research worker. I was to have no responsibility for such things as recreational activities, library, or post office, and I was to have free access to the case records, the right to visit patients on all the wards, to attend staff meetings where the cases were being discussed, and to be recognised as part of the therapeutic team (Boisen, 1960, p. 150). »

L'automne suivant, poussé par l'intérêt pour la santé mentale exprimé par quelques étudiants en théologie (Boisen, 1960, p. 152), Boisen cherche comment mettre sur pied le programme clinique de formation pour les pasteurs dont l'idée l'habite depuis quelque temps. C'est finalement son professeur le Dr Cabot qui, dans un article scientifique (Cabot, 1926, p. 1-22), attirera l'attention du monde hospitalier sur la problématique chère à Boisen : « *He (Cabot) suggested that every student for the ministry be given clinical training for pastoral work similar to the clinical training a medical student receives during his internship* » (Stokoe, 1974, p. 26). C'est ainsi qu'à l'été 1925 Boisen implante sa formation au *Chicago Theological Seminary* et accueille à Worcester quatre étudiants en théologie. Ce sont les premiers « stagiaires » en *Clinical Pastoral Education* (CPE), le programme qui est encore aujourd'hui à la base de la formation en soins spirituels. On doit au désir autobiographique qu'avait Boisen de comprendre son propre parcours et l'expérience religieuse de sa maladie l'apparition d'une nouvelle discipline clinique (De Bono, 2012, p. 43).

Malgré la force de caractère dont il a dû faire preuve pour mettre sur pied ce projet, Boisen demeure un homme fragile guetté par la maladie. D'autres épisodes psychotiques, notamment à la mort de sa mère et d'Alice Batchelder, viendront compromettre sa participation au mouvement qu'il a lui-même créé en plus de miner

sa crédibilité auprès de ses collègues. Ces derniers, s'appropriant le mouvement enclenché par Boisen, l'entraîneront contre son gré loin du seul champ d'application psychiatrique (De Bono, 2012, p. 39, 59). C'est seul et oublié qu'Anton Boisen s'éteint en 1965 au Elgin Hospital, où il aura passé plusieurs années de sa vie.

Il est aujourd'hui difficile de dresser un portrait satisfaisant d'Anton Boisen en raison de la complexité du personnage, de ce qu'il représente dans les milieux théologiques et psychiatriques, ainsi que de la maladie mentale qui affecte inéluctablement la perception qu'eurent et ont encore les gens à son sujet. Charles Armour pourrait difficilement mieux décrire cette situation:

« Depending upon which isolated quotation one chooses, and depending on which part of Boisen's complicated life one views, he can easily appear astute or hopelessly insane, liberal or conservative, compassionate or cold, Freudian or Biblical, a far-sighted visionary prophet or an orthodox cleric, or finally, a pivotal and transitional figure in American Christianity or a mere historical footnote. (Example : Boisen's name is nowhere to be found in Sydney Ahlstrom's modern classic A Religious History of the American People) (Armour, 1994, p. 48). »

## 1.2 Contexte socio-historique

Pour comprendre davantage le contexte historique qui a vu naître Anton Boisen, il nous faut aborder brièvement quelques aspects importants qui eurent une influence considérable sur sa vie.

En 1859, le monde occidental en entier est secoué par la publication d'un ouvrage scientifique majeur : *On the Origin of Species by Means of Natural Selection*, par Charles Darwin (1809-1882). La théorie de l'évolution des espèces vient bouleverser les conceptions traditionnelles de la Création et de l'humanité qui jusqu'alors avaient

sensiblement résisté aux précédentes avancées scientifiques, comme en témoigne l'historien Sydney Ahlstrom :

« During most of the eighteenth century, Western Christendom had been engaged in a drawn-out encounter with the Enlightenment, including among other things, Newtonian physics, rationalism, and deism. This intellectual challenge had been almost magnificently surmounted. The firmament had been made to declare the glory of God (...): any Christian could look out of his kitchen window and behold a demonstration of God's marvelous design. (...) But after Darwin, what did the backyard reveal but a relentless struggle for existence, a war of all against all, with blood dripping from every bough, and man involved in the struggle not only against the locusts, but against other men, even other races of man, with victory for the fittest (Ahlstrom, 1972, p. 768-769). »

L'impact de cette révolution scientifique ne se fera réellement sentir dans les milieux religieux américains que dix ans plus tard, en raison de la crise nationale que fut la Guerre de Sécession (1861-1865) et de la pénible reconstruction qui s'ensuivit (*Idem*, p. 768). Alors que plusieurs voix s'élèvent contre la théorie de Darwin et la considèrent comme contraire aux enseignements chrétiens<sup>4</sup>, d'autres y voient à l'inverse une preuve concrète d'un plan divin. En effet, l'évolution des espèces, l'humanité en tête, n'est-elle pas garante d'un futur prometteur imaginé par leur Créateur? John Fiske (1842-1901) incarne bien cette réception optimiste de la révolution darwinienne dans un cadre théologique, comme en témoigne ce passage cité par Ahlstrom :

« [I]t is Darwinism that has placed Humanity upon a higher pinnacle than ever. The future is lighted for us with the radiant colours of hope. Strife and sorrow shall disappear. Peace and love will reign supreme. (...) [W]e may look forward to the time when in the truest sense the kingdoms of this world shall become the kingdom of Christ, and he shall reign for ever and ever, king of kings, and lord of lords (Ahlstrom, 1972, p. 771). »

<sup>4</sup> Sydney Ahlstrom (1972, p. 769) mentionne entre autres le révérend Andrew Peabody de l'université Harvard, Charles Hodge, directeur du Princeton Seminary, ainsi que le professeur Randolph S. Foster du Drew Theological Seminary.

Cet enthousiasme et cet espoir se retrouvèrent également quelques années plus tard à la base du *Social Gospel*, un mouvement faisant la promotion du christianisme en tant que vecteur social de changement. L'industrialisation rapide des États-Unis ayant jeté une lumière nouvelle sur la lutte des classes, les penseurs du *Social Gospel* étaient convaincus que l'actualisation des valeurs chrétiennes dans un contexte moderne était imminente et marquerait le début d'un siècle merveilleux où l'équilibre entre progrès et justice serait rétabli. Robert Leas résume bien cette idée : « The *Social Gospel* was a rethinking of the Christian ideal of love in the light of the modern science and modern social life » (Leas, 2009, p. 54). Ce mouvement optimiste, aux échos millénaristes, ne résista pas aux chocs terribles que furent la Grande Guerre et la Grande Dépression (Ahlstrom, 1972, p. 786). Il incarne toutefois un idéal important qui battait son plein au Union Seminary de New York alors qu'Anton Boisen y étudiait, au tout début du 20<sup>e</sup> siècle (Leas, 2009, p. xix).

Le *Social Gospel* et les autres formes de théologies libérales de l'époque eurent un impact majeur sur le protestantisme américain et sur Anton Boisen en particulier. La croissance du mouvement œcuménique ainsi que les nouvelles réflexions théologiques dans les milieux universitaires étaient le reflet d'un bouillonnement intellectuel, comme en témoigne Sydney Ahlstrom :

« Most important were (the theological liberals') manifold labors in the fields of religious history, social and psychological analysis, comparative religion, educational theory, philosophy of religion and systematic theology. By sustained effort and creative thought, the liberals made a new place for religion in the modern world (Ahlstrom, 1972, p. 783-784). »

Malheureusement, l'enthousiasme et l'espoir générés par ces différents changements au sein du protestantisme américain seront grandement éprouvés à la suite de la Première Guerre mondiale. Quelques-uns tentèrent bien d'en retirer quelque chose de

positif et de profiter des leçons d'organisation à grande échelle apprises lors du conflit. C'est ainsi que naquit le Interchurch World Movement, une organisation œcuménique à laquelle participa Boisen, et qui avait pour mission d'incarner « a united church uniting a divided world » (Brown, 1922, p. 119 cité dans Ahlstrom, 1972, p. 897). Un soudain regain de fidélité envers les différentes confessions protestantes et des attentes trop élevées en matière de financement eurent rapidement raison du mouvement (*Idem*, p. 898), ce qui eut des conséquences désastreuses pour plusieurs leaders protestants qui y avaient investi beaucoup d'espoir. Robert Leas évoque la détresse ressentie dans le milieu : « There was much disillusion and dissension (...). The failure of the Interchurh World Movement led to discouragement and despair among many Protestant leaders » (Leas, 1999, p. 64). Peu après l'échec du Interchurch World Movement, auquel il avait participé, Anton Boisen vécut son premier épisode psychotique. Le découragement et le désespoir ressenti dans les rangs protestants qu'il fréquentait furent-ils des facteurs importants dans la dégradation de sa santé mentale? Nous pouvons seulement le présumer.

À cette époque, le monde médical est également en pleine restructuration suite au dépôt du rapport Flexner (1910), qui pose les bases du système que l'on connaît aujourd'hui, rigoureusement axé sur la science moderne. C'est avec le rapport Flexner que la religion commence à être davantage traitée comme un problème plutôt qu'une réalité de l'expérience humaine : « Religion and *care* for the human soul were erased from medical attention. When religion was mentioned, it was typically as a problem and not as an asset to health *care*» (Leas, 2009, p. xvii). Même au sein des différentes affiliations religieuses, la tension entre les « fondamentalistes » et les « modernistes » se fait fortement sentir et polarise les débats. Anton Boisen est marqué par cette opposition entre la science moderne et la religion, qu'il a vue prendre forme et qui existe encore aujourd'hui dans certains mouvements religieux. Il cherche à réconcilier ces deux univers qui, selon lui, ont tant à apprendre l'un de l'autre.

Suite à l'horreur du premier conflit mondial, le vent de changement qui balaie la planète ébranle particulièrement les structures et le pouvoir traditionnel: « After World War One, nothing could be the same again. Traditionnal authority was giving way everywhere in the world to a new spirit of reform » (deVelder, 1994, p. 282). Cet esprit de réforme se fait également sentir dans les programmes universitaires de théologie en Nouvelle-Angleterre, grâce entre autres au travail commencé par Boisen et Cabot. Peu à peu, l'idée fait son chemin : on ne peut plus devenir pasteur simplement en passant la totalité de son séminaire assis sur un banc d'école. Il faut dorénavant aller à la rencontre de l'expérience humaine et en faire un élément central de son ministère si l'on veut être compétent dans l'exercice de ses fonctions. Qui plus est, cette nouvelle façon de faire transcende les frontières confessionnelles sur le terrain, puisque, comme la guerre l'a douloureusement démontré, la souffrance et le deuil sont universels.

« Before CPE, pastoral method was the right application of advice derived from revealed truth. This method was not much use unless the pastor was ministering to his own congregation. The CPE pastoral method of reading the "living human document" meant the pastor had to take human experience seriously and now could minister to people of all faiths (...). The "content" of faith was now not as important as the "function" of a person's faith (deVelder, 1994, p. 283). »

Le contexte de réformes sociales d'après-guerre a toutefois selon Boisen un effet pervers pour les congrégations religieuses, surtout issues du protestantisme libéral, qui y prennent part. Selon lui, si l'influence des institutions religieuses est en déclin, c'est à cause de leur incapacité à répondre aux besoins des individus. Certes, l'effort déployé par les communautés religieuses pour revitaliser les structures sociales est nécessaire, mais celles-ci ne peuvent sacrifier l'individu au profit du nombre. Boisen est d'avis que la religion doit jouer un rôle important à l'échelle personnelle et que

l'Église doit se pencher davantage sur la question, en se préoccupant notamment des « enfers » individuels de chacun. Voyons comment Steere formule cette idée :

« [T]he decline of the church's influence (is due) to its failure to compel the attention and allegiance of the individual following the breakdown of its old appeal to fear of a future hell. The church should address itself to the hell of wrong habit, of diseased will, of misused opportunity, and of guilty conscience (Steere, 1969, p. 361). »

En somme, les grandes idées et principes sociaux ne donnent rien si elles ne trouvent pas écho dans l'expérience individuelle.

Des changements majeurs s'opèrent également à cette époque dans le domaine de la psychiatrie. Au début du 20<sup>e</sup> siècle, cette discipline était fortement influencée, en Europe et en Amérique du Nord, par les travaux du psychiatre allemand Emil Kraepelin. La « psychiatrie descriptive » de Kraepelin était axée sur la classification des troubles psychiatriques selon des observations cliniques, et reposait sur le principe que toute maladie mentale était due à un problème biologique et génétique : "Descriptive psychiatry" was less interested in deriving dynamic and pragmatic approaches to treatment and more concerned with codifying and clarifying through observation the categories of mental disturbance. It was firmly rooted in a belief in the organic roots of mental disorder» (Hart, 2001, p. 425). Cette vision exclusivement biologique sera contestée avec l'apparition des idées de Sigmund Freud et de Carl Gustav Jung. Alors que ces derniers se pencheront sur les problèmes de l'esprit et leurs origines, Anton Boisen, inspiré par ces nouveaux concepts, développera sa propre méthodologie pour examiner les problèmes de l'âme d'un point de vue théologique.

Nous avons démontré que le contexte historique de Boisen a été marqué par plusieurs grands changements. Tradition et modernité, science et religion, individu et société,

optimisme et désespoir : voilà quelques-unes des dichotomies majeures de l'époque qui ont façonné le passage au 20<sup>e</sup> siècle et qui eurent une influence considérable sur Anton Boisen. Sa théologie<sup>5</sup> empirique cherchera à réconcilier le mieux possible ces éléments et à affirmer une fois de plus, à sa manière, la place de la religion dans un contexte moderne. Les résultats seront peu connus du grand public, mais auront une influence considérable sur la suite des choses. C'est du moins l'avis de Charles Armour : « Boisen and his ideas were pivotal in influencing the direction of seminary training, the role of the American church in society, and the American religious consciousness as a whole » (Armour, 1976, p. 140).

### 1.3 Approche de soins spirituels d'Anton Boisen

Dans cette section du chapitre, nous tenterons de faire ressortir des textes de Boisen les éléments qui pourraient constituer les grandes lignes de l'approche qu'il a voulu mettre de l'avant en élaborant ses stages cliniques. Il est évident que plusieurs décennies séparent les soins spirituels cliniques d'aujourd'hui des premiers balbutiements de la profession au début du siècle dernier ; Boisen ne pouvait être conscient que son initiative aurait encore des répercussions au 21<sup>e</sup> siècle. Notre compréhension professionnelle des soins spirituels modernes aura certainement un impact sur cette « relecture » des idées de Boisen. Nous sommes toutefois confiants d'être restés les plus fidèles possible à la pensée de ce pionnier des soins spirituels.

#### 1.3.1 Préambule

---

<sup>5</sup> Voir le lexique pour une définition de la théologie selon Boisen.

Afin de mieux comprendre l'approche de soins spirituels d'Anton Boisen, il nous apparaît nécessaire de présenter l'hypothèse qui encadre son travail. Selon Boisen, « many forms of insanity are religious rather than medical problems and (...) they cannot be successfully treated until they are so recognized » (Boisen, 1962 [1936], p. 7). Boisen suggère que certaines formes de troubles psychiatriques ne seraient pas causés par des facteurs biologiques ou héréditaires chez le patient, mais par une *désorganisation de son univers* (Boisen, 1962 [1936], p. 11). Il établit ainsi un lien entre la maladie mentale et l'expérience religieuse. Boisen se base à la fois sur son expérience psychotique personnelle et sur l'histoire de certains personnages historiques et religieux. En effet, selon lui, des similitudes existent entre des figures marquantes du christianisme —tels saint Paul, sainte Thérèse d'Avila, John Bunyan et George Fox— et les personnes souffrant de maladies mentales qu'il a côtoyées pendant ses séjours à l'hôpital (*Ibid.*, p. 58-82). Boisen est d'avis que les épisodes de « transformation » vécus par ces figures historiques sont semblables à la « désorganisation de l'univers » vécue par certains patients souffrant de problèmes psychiatriques, à la différence que ces derniers n'en ressortent aucunement grandis et renouvelés. Il est d'ailleurs convaincu que ces personnages historiques se seraient retrouvés dans une aile psychiatrique semblable à la sienne s'ils avaient été ses contemporains. Pourtant, ces mêmes personnes ont pu émerger de leurs épisodes de désorganisation sévère et devenir des figures influentes de leur époque.

Le problème ne réside donc pas dans la désorganisation comme telle, mais dans ce qui la cause ainsi que dans ce qui permet d'en sortir. Dans une lettre à un ami en 1920, Boisen le remercie de lui avoir prêté un livre intitulé *Introduction à la psychanalyse*, de Sigmund Freud, qui semble confirmer sa théorie au sujet de certaines maladies mentales: « He (Freud) asserts in the first place that neuroses —i.e., abnormal, or insane conditions— have a purpose. They are due to deep-seated conflict between great subconscious forces and the cure is to be found not in the suppression of the symptoms but in the solution of the conflict » (Boisen, 1960, p. 103).

L'épisode de désorganisation est un symptôme d'une lutte intérieure et identitaire chez le patient, lutte à laquelle Boisen attribue des bases religieuses. De Bono paraphrase Boisen en expliquant que

« a person's identity is built through a constructive social reference to that which is ultimate to the person. [Boisen] hypothesized that certain mental health experiences, such as the ones he went through, reveal a significant brokenness in a person's most important or ultimate of these social relationships (De Bono, 2012, p. 47). »

Or, pour Boisen, c'est également la religion qui, dans de tels cas, permet de sortir d'une telle crise. À l'instar du corps qui réagit à une infection, l'esprit humain réagit à une remise en question intense. Cette « inflammation » n'a pas que des conséquences nocives, comme les symptômes extérieurs et observables ; elle possède également le potentiel de guérison :

« I believe that certain forms of mental illness, particularly those characterized by anxiety and conviction of sin, are not evils. They are instead manifestations of the power that makes for health. They are analogous to fever or inflammation in the body. (...) I am equally sure that it was for me a problem-solving religious experience (Boisen, 1960, p. 196). »

L'épisode de désorganisation devrait alors être vu comme une occasion d'explorer l'univers intérieur de la personne, un univers complexe qui porte en lui à la fois le potentiel d'un développement positif, d'en sortir grandi, et le potentiel destructeur pouvant anéantir la structure mentale de l'individu (Steere, 1969, p. 361). Ainsi, cet univers intérieur, l'unicité de chaque « living human document », est fondamentalement religieux pour Boisen et nécessite l'expertise de professionnels en la matière lorsque survient une crise.

### 1.3.2 Rôle du professionnel

Le premier aspect qui sera abordé pour dresser le portrait de l'approche de Boisen sera le rôle qu'occupe le professionnel — dans ce cas-ci, le stagiaire en théologie pratique — auprès des patients et au sein de l'équipe traitante dans un contexte hospitalier. Ce rôle sera défini par des points importants que nous avons relevés dans les écrits de Boisen.

#### 1.3.2.1 Termes utilisés et application étendue de l'approche

Encore une fois, quelques précisions sont nécessaires avant de présenter l'approche d'Anton Boisen. D'une part, comme nous l'avons vu, Boisen est le pionnier du programme de CPE. Ce programme de formations en *Spiritual care* a bien sûr beaucoup évolué depuis ses débuts dans les années 1920. De même, l'identité de la personne offrant un service de soins spirituels en milieu hospitalier a changé depuis cette époque, particulièrement au Québec. Ceci est assez clair lorsqu'on examine l'évolution de la terminologie de la profession —aumônier, animateur(trice) de pastorale, intervenant en soins spirituels—, ce qui pourrait entraîner une certaine confusion ou du moins soulever des questions entourant l'équivalence de ces termes. Comme nous proposons une comparaison entre des auteurs différents ayant évolué à des époques différentes et dans différents milieux, il est selon nous crucial de les comparer sur des bases équivalentes. C'est pourquoi nous considérerons, dans la présente recherche, que peu importe leur statut —qu'ils soient membres du clergé ou non— les personnes offrant des services de soins spirituels en milieu hospitalier remplissent la même fonction. Les termes « pastor », « minister », « chaplain » et « intervenant en soins spirituels » seront donc traités comme équivalents, puisque

selon la philosophie du CPE, le travail qu'ils effectuent en milieu hospitalier est le même<sup>6</sup>.

De la même façon, les termes « *spiritual care* », « *pastoral care* », « *pastoral counseling* » et « soins spirituels » seront interchangeables dans ce projet. Ceci ne veut pas dire qu'il n'existe pas quelques différences d'application. Toutefois, dans les dernières années, on constate un rassemblement de ces différents termes sous une même bannière conceptuelle et professionnelle. Par exemple, à la fin du 20<sup>e</sup> siècle, Henderson considère que « the term *pastoral care* (...) is meant to be descriptive of all of the behavior of a pastor in giving *care* to people » (1994, p. iv). Thomas St. James O'Connor précise également que « among contemporary writers, the dominant narrative is that pastoral counseling differs from pastoral care as the medical specialist differs from the family practitioner. (...) [T]here is more common ground between the two than difference » (O'Connor, 2003, p. 13-14). Nous partageons cet avis et croyons que les quelques différences contextuelles ne sont pas assez significatives pour forcer une division de ces concepts dans le cadre de la présente recherche. De plus, De Bono fait mention d'un « changement de philosophie » qui expliquerait la lente disparition d'appellations plus traditionnelles au profit de nouveaux termes : « Of significance here is the explicit articulation of a philosophical shift. "Ministry" and "pastoral" give way to new terms, the "clinical" and "spiritual" » (2012, p. 12). Afin de donner une cohérence à l'ensemble de notre recherche, la définition du *Spiritual care* que propose Vandecreek nous semble appropriée et facilite l'inclusion de toutes les autres appellations susmentionnées :

« [*Spiritual care*] ... consists of giving professional attention to the subjective spiritual and religious worlds of patients, worlds comprised of perceptions, assumptions, feelings and beliefs concerning the relationship

---

<sup>6</sup> À part la question sacramentelle, mais celle-ci ne sera pas abordée dans la présente recherche, d'autant plus qu'elle exclut souvent les femmes.

of the sacred to their illness, hospitalization, and recovery or possible death (2010, p. 3-4, cité dans De Bono, 2012, p. 6). »

D'autre part, étant donné que l'approche de Boisen est destinée exclusivement au milieu psychiatrique, il nous faudra choisir les éléments plus généraux pouvant s'appliquer aux soins spirituels dans l'ensemble du contexte hospitalier. Ces éléments sont présents, puisqu'ils ont inspiré tout le mouvement CPE dans lequel ont œuvré par la suite les deux autres auteurs de notre recherche. Dans son œuvre principale datant de 1936, *The Exploration of the Inner World*, Boisen a déjà l'intuition que ce qu'il avance au sujet de la religion dans les situations de crise dépasse le contexte de la psychiatrie. Il estime cependant que ce milieu constitue un terrain de choix pour observer la fonction qu'occupent les croyances et les systèmes de valeurs chez les patients, puisque tout ce qui entoure ces composantes de l'être humain y est amplifié :

« The difficulty (of the mental patients) is rather in the realm of emotion and volition, of belief and attitude. (...) We see these individuals breaking or broken under the stresses and strains of love and hate and fear and anger. We see them grappling with the issues of spiritual life and death (...) and we are able to observe the end results of the diverse ways in which individuals deal with failure (...). In these end results we see in exaggerated form processes which are present in health together with their logical outcome (Boisen, 1962 [1936], p. 166-167). »

Nous pouvons donc affirmer que, bien qu'il ait à l'origine destiné son programme à des institutions de santé mentale, Boisen reconnaît que son approche déborde largement le cadre de l'institution psychiatrique et qu'elle est destinée à avoir un impact considérable sur le domaine de la théologie. Tel est aussi l'avis de Steere : « The study of human personality in health and disease could lead to the discovery of the great motive forces governing life and lay the foundations for a whole new area of theology » (Steere, 1969, p. 363).

### 1.3.2.2 La présence sur les unités de soins et à l'intérieur des équipes cliniques

En 1925, lorsque Anton Boisen met sur pied son programme de stages cliniques pour les étudiants en théologie, son objectif est double : d'abord, que les futurs pasteurs puissent entrer en contact direct avec des personnes souffrantes, afin d'observer concrètement les problèmes et préoccupations de nature spirituelle qu'elles éprouvent et ce, dans une optique d'apprentissage et de perfectionnement. Ensuite, d'offrir un soutien ainsi que des services religieux et spirituels aux patients des hôpitaux psychiatriques sur leurs unités, service inexistant à l'époque. Le culte se donnait à l'hôpital le dimanche, mais pour Boisen, c'était loin d'être suffisant :

« [I] soon discovered that the ministers from the neighboring village who conducted those services might know something about religion, but they certainly knew nothing about our problems. They did no visiting on the wards —which may not have been entirely their fault, as they probably received little encouragement to do so » (Boisen, 1962 [1936], p. 6). »

Il est donc important pour Boisen que la personne répondant aux besoins religieux soit réellement présente sur les unités de l'hôpital. Elle doit être au fait de ce qui s'y passe afin d'avoir une bonne idée de ce que peuvent vivre les patients. L'expérience de la personne souffrante doit se trouver au centre du soutien que lui apporte l'intervenant : « [E]very person's story is a living human document that person knows better than any other and can consult at any time » (Meserve, 1993, p. 5). C'est pourquoi le fait d'être présent dans l'environnement où elle se trouve — l'unité de soins — est primordial si le stagiaire désire établir un lien solide avec elle. Boisen est d'avis que le bien-être des malades repose en grande partie sur les personnes qui passent leurs journées sur le terrain, à leurs côtés : « My own experience had convinced me that there is no one upon whom the patient's welfare is more dependant than the nurse or attendant who is with him hour after hour during the day » (Boisen, 1962, [1936], p. 10). Offrir un service religieux et spirituel qui ne consisterait qu'à

célébrer le culte comme s'il s'agissait d'une congrégation ordinaire n'aurait aucun sens selon Boisen.

Le programme de stages cliniques de Boisen repose également sur la participation des étudiants en théologie aux équipes cliniques, ce qui n'avait jamais été fait à l'époque. « These students were allowed to have information in regard to the cases. They were permitted to attend the medical staff meetings (...) » (Boisen, 1962, [1936], p. 10). En plus de participer à plusieurs conférences de groupe avec les équipes cliniques, afin de discuter des implications théologiques des différents cas, les stagiaires se devaient de participer activement au bien-être des patients, d'effectuer des études de cas supervisées et d'assister aux réunions interdisciplinaires (Leas, 2009, p. 172). Anton Boisen est un fervent partisan de la l'interdisciplinarité et participe souvent à des groupes de discussion réunissant plusieurs collègues de professions différentes : sociologue, éthicien, théologien, travailleur social, médecin, etc. (Leas, 2009, p. 180). Il veut transmettre cette passion à ses élèves et leur faire comprendre que chaque discipline, quelle qu'elle soit, ne vaut rien toute seule.

### 1.3.2.3 Reconnaître la religion comme force potentielle de rétablissement

Anton Boisen considère que la religion d'une personne consiste en l'idée qu'il se fait de Dieu, idée qui représente les valeurs ultimes du tissu social auquel elle appartient et dont elle cherche l'approbation et l'acceptation. « Religion (...) is an attempt to raise one's values to the level of the cosmic or universal and to establish and maintain right relationship with those to whom one looks for response and approval, those whose composite impress is represented in the idea of God » (Boisen, 1962, [1936], p. 53). Lorsqu'on demande à Boisen s'il croit en Dieu, il répond qu'il croit en l'idée de Dieu (Leas, 2009, p 183). Cette idée de Dieu est une sorte de cristallisation des

valeurs jugées universelles par la personne et sur lesquelles elle désire s'aligner afin qu'elle puisse se considérer comme étant habilitée à faire partie de son univers social et ce, qu'elle se considère religieuse ou non. « Something like the idea of God is either explicitly or implicitly operative in the lives of all people, whether they call themselves religious or not » (Steere, 1969, p. 366). C'est pourquoi, pour Boisen, il est hors de question de considérer la religion comme un moyen de fuir la réalité ; au contraire, c'est une manière très concrète d'actualiser ses valeurs et de chercher le sens à donner à sa vie ; en ce sens, la religion n'a rien à voir avec des superstitions aveugles :

« Who am I ? Why am I in this world ? What's the matter ? What is going to happen to me and to my friends ? How can I save the situation ? How can I make atonement for my mistakes and sins ? How can I bring about a realisation of the possibilities that ought to be ? (...) Philosophy and theology are no longer theoretical and abstract problems. They are matter of life and death (Boisen, 1962 [1936], p. 80-81). »

Le système de valeurs de la personne souffrante est donc d'une importance primordiale, d'autant plus que c'est lorsqu'elle est confrontée à des situations difficiles que les questions d'ordre spirituel ou religieux font surface (Leas, 2009, p. 162), sans que celles-ci soient nécessairement explicites. De Bono insiste sur cette importante nuance:

« Boisen's idea of having people look for religion in experiences that may be explicitly religious with exaggerated, apparently unhealthy, content and in those places where there is no explicit religious content at all, puts all experience ont the clinical table as potentially significant to religious interpretation. (...) This shift means plumbing all experience for data of religious significance (De Bono, 2012, p. 82). »

L'étudiant en théologie se doit de considérer l'expérience de la personne et son système de valeurs comme une force potentielle de rétablissement. Cette force peut servir à lutter contre ce que Boisen considère comme étant le dénominateur commun

chez les personnes souffrantes : l'isolement et la culpabilité (Boisen, 1962 [1936], p. 150). Le rôle du théologien clinique est de briser ce sentiment d'isolation et de culpabilité et ce, en accordant de l'importance au système de valeurs de la personne et en ne portant pas de jugement sur les infractions à ce système qu'elle croit avoir commises. En acceptant la souffrance et en ne condamnant d'aucune manière la personne qui la subit, le théologien clinique —en tant que représentant d'une certaine autorité religieuse ou spirituelle— lui permet de sentir que le lien avec son tissu social n'est pas perdu à jamais (Steere, 1969, p. 368).

#### 1.3.2.4 Peur, isolement et culpabilité d'un point de vue théologique

Quel est le rôle distinctif du pasteur ou de l'intervenant en soins spirituels dans le contexte hospitalier ? Comment pourrait-on définir sa spécificité ? Voilà une question encore d'actualité aujourd'hui près de 90 ans plus tard. Pour Boisen, le rôle traditionnel du pasteur est défini par des activités spécifiques, par des actions qu'il accomplit, par ce qu'il peut faire : célébrer le culte, prêcher, célébrer les sacrements qui encadrent les grands moments de la vie et les croyances religieuses importantes. Ce rôle traditionnel place le pasteur/aumônier comme représentant du supra-personnel, comme le serviteur de Dieu (Boisen, 1962 [1936], p. 265). Cependant, bien qu'il en reconnaisse l'utilité, particulièrement pour ceux qui sont attachés à ce genre d'autorité, ce n'est pas ce rôle traditionnel du pasteur qui intéresse Boisen dans un contexte hospitalier, mais plutôt sa participation active à la recherche scientifique. Boisen est d'avis que les théologiens possèdent des connaissances leur permettant de comprendre le point de vue de ceux qui sont en crise spirituelle, ce qui inclut ceux qui, sans avoir totalement perdu de vue les concepts et croyances traditionnelles, n'y sont pas nécessairement attachés :

« Looking at the minister of religion from the standpoint of those who are facing the issues of spiritual life and death and have been thereby cut loose from the moorings of conventional belief, we are asking what insights and what expertness the minister of religion can bring to the problems which they represent (Boisen, 1962 [1936], p. 265). »

Boisen est d'avis qu'une telle personne, même si elle n'adhère pas à une religion particulière, doit tout de même jongler avec des émotions comme la culpabilité et la solitude, et que ces émotions l'empêchent de grandir et de nourrir ce qui est sain en elle. Le travail du théologien clinique consiste à se concentrer sur cette partie saine, à favoriser son épanouissement en brisant l'isolement et à désamorcer la culpabilité que la personne ressent, peu importe pour quelle raison (regrets, sentiment d'échec, d'abandon de sa famille, etc.). En combattant les peurs du patient et son sentiment d'exclusion, le théologien clinique l'aide à formuler une philosophie de vie qui lui permet de les intégrer et de continuer d'avancer, à faire des choix, à grandir (*Idem*, p. 267-268). Boisen accorde une grande importance au pouvoir que représente la capacité de faire des choix et de prendre des décisions : « [M]ental illness is the price we have to pay for being men and having the power of choice and the capacity for growth » (Boisen, 1960, p. 196). Le rôle spécifique du théologien clinique selon Boisen est de s'intéresser aux concepts de culpabilité, d'isolement, de Bien et de Mal, d'unicité et d'épanouissement sous un angle théologique et de participer activement à la recherche dans ce domaine.

### 1.3.3 Aptitudes et valeurs à développer

À présent que nous avons cerné le rôle du théologien clinique selon Anton Boisen, nous présenterons les différentes aptitudes et valeurs qu'il préconise à l'intérieur de son approche.

### 1.3.3.1 L'étude de cas

Si l'étude de cas constitue aujourd'hui une méthode d'enseignement répandue dans le domaine médical et hospitalier, ce ne l'était pas encore à l'époque de Boisen. En raison de son expérience en tant que garde forestier, Anton Boisen est déjà familier avec certaines formes d'études de cas, particulièrement celles de Raphael Zon, son mentor de l'époque (Boisen, 1960, p. 57, 67 ; Leas, 2009, p.165) et pionnier de la recherche forestière (Rudolf, 1957, p. 1283-1284). De Bono établit clairement un lien avec son travail en forêt et son parcours de chercheur : « Systematic surveying, of the kind he learned during the three years he worked as a forester with Zon, would characterise the rest of his life as a clinical researcher » (2012, p. 42). Par la suite, alors qu'il étudie à New York au Union Theological Seminary en 1909-1910, Boisen consulte les études de cas de Henri Delacroix (1908) sur le mysticisme (Asquith, 1980, p. 85).

En s'associant avec le Dr Richard Cabot durant les premières années de son projet de stages, Boisen travaille ensuite avec lui et le considère comme l'un des pionniers de l'étude de cas dans le milieu de l'enseignement médical (Leas, 2009, p. 164). Cabot, l'un des premiers à reconnaître et à promouvoir le travail social en milieu hospitalier —il fonde le département de travail social au *Massachusetts General Hospital* en 1905<sup>7</sup>—, donne à Harvard en 1923 un séminaire auquel assiste Boisen. Le séminaire, intitulé *Preparation for Case Records for Teaching Purposes*, ravit Boisen et aura une grande influence sur son programme de stages, comme le souligne Leas: « From Cabot he became familiar with the case study method and recognised its power as part of the learning process. (...) The case study method was Boisen's principal training tool » (Leas, 2009, p. 160).

---

<sup>7</sup> <http://oasis.lib.harvard.edu/oasis/deliver/~hua02998>, consulté le 17 mai 2012.

Afin de recueillir les données pertinentes pour l'élaboration de chaque étude de cas, Boisen construit pour ses étudiants un formulaire à suivre et à remplir. Au départ assez sommaire (Leas, 2009, p.173-174), ce formulaire devient par la suite plutôt complexe à mesure que Boisen peaufine sa recherche et sa méthode de travail, comme nous pouvons le constater dans une version ultérieure datée de 1946 (Asquith, 1980, p. 90-91).

Selon Robert Leas (2009, p. 166-167), les deux objectifs principaux de la méthode d'étude de cas mise sur pied par Boisen sont les suivants : a) développer l'étude de cas en tant que recherche sur les relations entre la théologie et la psychologie de l'expérience religieuse ; b) stimuler la réflexion théologique des étudiants des séminaires au sujet de l'expérience humaine (*lived human experience*). Boisen aspire à atteindre ces objectifs « not with the ready-made formulations contained in books but with the living human documents and with actual social conditions in all their complexity » (Asquith, 1980, p. 86). En utilisant l'étude de cas et en l'appliquant à l'expérience humaine sous un angle théologique, Anton Boisen ouvre un tout nouveau champ de recherche et d'enseignement.

### 1.3.3.2 Une introspection théologique

Jusqu'aux années 1920, les méthodes pastorales enseignées aux étudiants en théologie s'enlignaient principalement sur les sources de révélation traditionnelles : « Until the 1920s, theological education was predominantly the study of books and pastoral method was right application of "truths" derived from traditional sources of revelation. Little attention was paid to empirical data from people's lives and experience » (deVelder, 1994, p. 282). Or, Boisen est fortement influencé par la

popularité grandissante des données empiriques en psychologie (James, 1902) et son programme de stages cliniques en sera directement inspiré. En plus d'accorder une importance centrale à l'expérience telle que vécue par le patient, comme nous le verrons au point suivant, le stagiaire doit s'en servir pour se pencher, lors de séances de groupe et de travaux écrits, sur sa propre personne, son histoire personnelle, ses valeurs et ses perspectives théologiques. Boisen est convaincu que « the study of human experience could enable a theological student to for his or her own theology » (Asquith, 1980, p. 86). C'est un effet « miroir » que recherche Boisen : l'étudiant utilise les études de cas discutés pour réfléchir sur ses propres croyances religieuses, ses propres fondements théologiques, sur son système de valeurs. Des discussions supervisées permettent par la suite aux étudiants d'échanger et de partager ce qu'ils ont appris et comment ces réflexions leur permettent d'interpréter les études de cas. « For Boisen, the central focus of his theology was exploring the spiritual nature of the other by an exploration of his own inner struggles » (Leas, 2009, p. 185). Cet apprentissage empirique est ce que Boisen considère comme étant le plus efficace. Il préfère que les étudiants participent activement à leur apprentissage et non qu'ils se fient simplement aux présentations d'un professeur (Asquith, 1980, p. 86).

Être pasteur ou aumônier ne se résume plus à appliquer des techniques pastorales et à prodiguer des conseils inspirés des textes traditionnels : c'est désormais l'expérience humaine, à la fois du malade et de l'intervenant, qui se retrouve au cœur de l'intervention et qui permet un apprentissage constant (Leas, 2009, p. 183). Les stagiaires sont amenés en quelque sorte à dresser leurs propres études de cas et à constamment les mettre à jour au cours de leur pratique professionnelle. Telle est aussi la compréhension de Meserve :

« Paying serious and thoughtful attention to the case history of one's own life is not selfishness, but the kind of exercise that leads to deeper understanding of others and thus greater capacity to live constructively with them and be more useful to them (Meserve, 1993, p. 6). »

En définitive, Boisen ne veut pas « enseigner » la théologie aux stagiaires, ni leur imposer la sienne : il veut stimuler leurs réflexions afin qu'ils puissent définir leur propre théologie et s'en servir sur le terrain (Leas, 2009, p. 160).

### 1.3.3.3 Une théologie de l'expérience

En mettant sur pied une nouvelle forme de « théologie empirique » qu'il désire appliquer dans un contexte clinique, Boisen veut se démarquer des études habituelles qui portent sur les contenus des croyances religieuses et se concentrer sur les rôles que jouent celles-ci chez la personne qui vit une situation difficile (Steere, 1969, p. 365). Les grands thèmes théologiques traditionnels sont encore présents (péché, rédemption, salut, conversion, etc.), mais ils sont analysés à travers les expériences et les interactions humaines telles que racontées par les patients (Leas, 2009, p. 160). Pour Boisen, il est plus important de comprendre quelqu'un à travers une étude de cas empirique que d'essayer d'appliquer des méthodes ou des techniques spécifiques, comme en témoigne Leas : « An empiricist like Boisen drew rules of practice not from theory or admonition by lecture, but from close observation and experiment, emphasizing the inductive method rather than the deductive method of learning » (Leas, 2009, p. 157). C'est, selon lui, ce qui permettra de réunir la médecine et la théologie, et qui permettra à cette dernière d'être acceptée dans le milieu hospitalier (Steere, 1969, p. 367). Comme l'affirme Asquith, Boisen n'oppose donc aucunement religion et science :

« Even though he did much of his work during the time of the "Fundamentalist-Modernist" controversy in American religion, Boisen saw no conflict between the areas of religion and science. He believed that religion could learn much from science, and that in fact theology was "The Queen of Sciences" (Asquith, 1980, p. 88). »

Contrairement aux théologies rationalistes basées sur des doctrines et des théories, la théologie empirique se base au départ sur une situation particulière vécue par un individu unique (Leas, 2009, p. 159). Les théories et techniques pastorales ainsi que les dogmes et traditions ne permettent pas de saisir toute la complexité de l'expérience humaine, croit Boisen (*Idem*, p. 157). L'autorité des pasteurs en milieu hospitalier repose avant tout sur leur expérience sur le terrain : « The great opportunity comes not to those who live in cloistered academic seclusion but to those whose knowledge is being constantly tested and increased through actual service to human beings in need » (Boisen, 1946, p. 6). La théologie comme telle ne peut exister sans expérience humaine, selon Boisen, tout comme les textes religieux ne pourraient être sacrés s'ils n'étaient pas ancrés dans l'expérience des témoins et des auteurs (Leas, 2009, p. 191-192). En faisant de l'expérience humaine la pierre angulaire de la théologie, Anton Boisen lui donne un nouveau souffle et l'oblige à sortir de son carcan cérébral et théorique pour s'étendre davantage au niveau du cœur et des émotions (Leas, 2009, p. 192).

#### 1.3.4 Objectifs visés et erreurs à éviter

Afin de compléter notre portrait de l'approche mise de l'avant par Boisen, il nous faut examiner les objectifs visés par les aptitudes et les valeurs à développer que nous venons de présenter ainsi que les erreurs qu'il faut éviter lors de leur application.

##### 1.3.4.1 Objectifs de l'approche

Nous examinerons à présent les objectifs de l'approche en théologie clinique mise de l'avant par Anton Boisen. Cette approche, dans le cas particulier de Boisen, ne peut être dissociée des stages en milieu hospitalier qu'il a mis sur pied et qui constituent encore aujourd'hui la base de la formation en soins spirituels en Amérique du Nord. C'est pourquoi, à notre avis, les objectifs des stages correspondent aux objectifs de l'approche globale de Boisen. Nous avons identifié trois objectifs que nous examinerons dans les paragraphes suivants.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'objectif principal de Boisen en élaborant son programme de stages est de créer une nouvelle méthode d'enseignement de la théologie, basée sur des études de cas et des données empiriques. Les prêtres et pasteurs qui oeuvrent dans le milieu hospitalier à son époque ne sont pas adéquatement outillés, selon lui, pour venir en aide aux personnes souffrantes. Le théologien clinique doit chercher à en apprendre toujours plus sur la vie humaine, la souffrance et les situations difficiles, ainsi que sur les effets qu'ont ces réalités sur sa propre perception des choses. Boisen est persuadé que le fait d'être confronté à des situations difficiles et d'écouter l'histoire de ceux qui les vivent a une influence directe sur notre façon de voir et de comprendre la nature humaine ; en outre, cette écoute a des effets bénéfiques pour la personne qui vit une situation difficile (Leas, 2009, p. 165, 185). En bref, l'objectif de l'approche qu'il propose est de travailler sur soi en tant qu'objet d'une recherche perpétuelle afin d'observer l'évolution de cette compréhension, tout en étudiant la souffrance humaine auprès des professeurs les mieux qualifiés : les patients. Robert Leas résume bien ces deux objectifs lorsqu'il décrit les stages de Boisen comme « an opportunity to serve and to observe » (2009, p. 172).

En plaçant l'expérience humaine au centre de sa théologie, Boisen change les paramètres de la relation pasteur/patient. La relation n'est plus fixée sur un axe vertical de savoir où le pasteur représente une tradition et une autorité divine. L'autorité pastorale de Boisen est plutôt horizontale : comme le stagiaire est aussi un être humain qui ressent la souffrance et se questionne sans cesse, l'autorité pastorale ne provient pas des connaissances théologiques, des dogmes et des traditions, mais plutôt de la capacité d'écouter la souffrance de l'autre et de la considérer comme une source de savoir capitale, écoute sans laquelle les dogmes et les traditions ne revêtent aucun sens. Comme le dit si bien Leas, le deuxième objectif de l'approche de Boisen est d'ancrer l'autorité du théologien dans sa connaissance des données empiriques tirées des récits des patients (Leas, 2009, p. 157).

Le troisième objectif de l'approche de Boisen porte sur les relations entre collègues et entre différentes professions. Nous avons vu que l'une des préoccupations majeures de Boisen était de voir se résorber les divisions entre la science et la religion. Pour Boisen, le contact entre la théologie et les disciplines médicales est extrêmement important ; la communication entre toutes les professions favorise une meilleure compréhension et ne peut qu'être bénéfique pour les patients. Le théologien clinique se doit donc d'établir le plus de contacts possible avec les médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, etc., en plus d'assister et de participer activement aux rencontres interdisciplinaires. Certes, devant le regard souvent sceptique et méfiant du monde médical, le spécialiste en religion et en spiritualité doit souvent faire face aux craintes et aux perceptions erronées des autres professionnels (Bastien, 2009, p. 20). Toutefois, l'objectif de Boisen est de favoriser l'intégration du religieux dans le contexte médical en le plaçant sur les unités, dans les salles de réunion, dans les formations, ainsi que d'organiser des forums de discussion interdisciplinaires sur le sujet (Boisen, 1960, p. 164).

#### 1.3.4.2 Erreurs à éviter

Le fondateur du CPE, Anton Boisen, n'a pas dressé une liste d'erreurs à ne pas commettre pour ses stagiaires en milieu hospitalier. Toutefois, l'évolution du mouvement a permis de révéler certaines tensions et de préciser quelques aspects de sa vision, à mesure que d'autres personnes s'y joignaient et tentaient d'y intégrer leur point de vue. Voici quelques points que la croissance du mouvement et la multiplication des centres de CPE ont pu révéler.

Si l'expérience humaine empirique est pour Boisen au cœur de la théologie, il n'écarte pas pour autant l'importance des ouvrages écrits et de la recherche pour aider les stagiaires à produire une interprétation éclairée de la situation d'un patient. Le stagiaire ne saurait se baser uniquement sur l'étude de cas qu'il a rédigée pour s'en faire une idée exhaustive. De la même façon qu'il cherche à réunir la médecine et la religion, Boisen enseigne à ses étudiants à tisser ensemble l'expérience et le concept théorique. « Real learning takes place within the creative interplay of experience and concept » (Leas, 2009, p. 161). Toutefois, Boisen réitère que les données empiriques recueillies par ses étudiants devaient en tout temps servir de point de départ. Il est convaincu que de commencer à suivre un patient en se basant sur des préconceptions tirées de recueils théoriques est une erreur (*Idem*, p. 143).

Au cours des années qui ont vu naître le mouvement de CPE, Anton Boisen s'est fait reprocher par des collègues de sortir du cadre clinique en participant avec ses stagiaires à des activités récréatives et à des sorties avec les patients. À cette époque, on ne voit pas d'un bon œil le fait qu'un pasteur s'adonne à de tels jeux et

excursions. Boisen considère que c'est une erreur de ne pas s'impliquer dans ces activités, qui constituent des occasions en or de créer des liens authentiques avec les patients et les autres professionnels (Leas. 2009, p. 107).

Le mouvement CPE connaît sa part de querelles intestines et de déchirements au cours de ses premières décennies. L'un des points de discorde entre les différents acteurs de ce nouveau mouvement porte sur l'orientation à donner au travail « pastoral ». L'un des premiers acteurs du mouvement, le révérend Philip Guiles, est très intéressé par la psychologie et la psychanalyse. Il est d'avis que le « pastoral counseling » est en fait une autre voie d'accès permettant de pratiquer la psychanalyse et de se positionner en tant que thérapeute envers les patients et les stagiaires. Selon De Bono, cette position eut un impact considérable sur le mouvement: « In fact, the movement changed its focus from patient to student and from religious experience to interpersonal development » (2012, p. 65). Boisen n'est pas d'accord. Il critique ses collègues qui, à l'instar de Freud, dépouillent la religion de toute application thérapeutique (*Idem*, p. 62). L'objectif du programme doit être théologique et axé exclusivement sur la souffrance des patients ; ce n'est pas un prétexte pour offrir une psychothérapie aux stagiaires. L'accent doit être mis sur les problèmes vécus par le patient et non sur ceux des étudiants. Boisen a toujours pensé que ses stagiaires pouvaient s'occuper eux-mêmes de leurs problèmes, non pas sans puiser dans les connaissances et les expériences vécues au cours du stage. Leas résume bien la position du fondateur du CPE : « Boisen was more focused on research into the religious aspects of mental illness as a theologian. He was less interested in the student's feelings and more in the various aspects of the patient's narrative as material for theological reflection » (*Idem*, p. 143-144). Malgré les protestations de Boisen, plusieurs centres de formation commencent à mettre l'accent sur la santé psychologique des stagiaires, favorisant aussi les échanges de groupe thérapeutique et les rencontres individuelles avec leur superviseur. L'introspection

des stagiaires devient peu à peu un objectif principal, alors que, pour Boisen, elle ne doit constituer qu'un outil. Un outil pour mieux se comprendre soi-même, certes, mais dont on doit se servir dans le but d'offrir un meilleur service aux patients. Autrement dit, le superviseur de CPE ne devrait pas jouer le rôle de thérapeute pour les étudiants. « (Boisen) strongly opposed the fact that *Clinical Pastoral Education* had become, in several centers, personal therapy for students » (*Idem*, p. 148).

#### 1.4 Conclusion

La vie tourmentée d'Anton Boisen est truffée de tragédies, de rejets et de blessures, mais aussi de paradoxes et de contradictions. Sa maladie lui aura causé beaucoup de tort ; c'est d'ailleurs suite à un troisième épisode psychotique qu'il sera écarté des sphères dirigeantes du mouvement qu'il avait lui-même mis sur pied. Cet événement poussera le Dr Richard Cabot à lui retirer son soutien, une décision qui découle également de leurs différends au sujet des maladies mentales. En effet, Boisen est convaincu que les seules causes biologiques ne peuvent expliquer l'apparition de ces maladies. Pour lui, l'« âme » de la personne est impliquée dans l'apparition de la maladie, ce que Cabot rejette fermement. Gottlieb explique comment ce désaccord résonne encore aujourd'hui dans le domaine du CPE :

« Boisen held that the soul played a strong role in the development of mental illness. This view of the soul's health was not accepted by Cabot and other physicians, though Boisen's approach to the intersection between theology and health has remained a tenet of pastoral education as it is know today (Gottlieb, 2011, p. 26). »

Un autre conflit émerge de ces idées opposées : pour Cabot, le domaine de la santé mentale relève uniquement de la médecine et il serait trop risqué d'en confier certains aspects à des aumôniers (Asquith, 1976, p. 6). Cette rupture causée par leurs positions

irréconciliables mènera à la création de deux groupes rivaux établis à Boston, pour Cabot, et à New York, dans le cas de Boisen. Cependant, la majorité de ses collègues l'abandonnent, probablement peu rassurés à l'instar de Cabot par ses épisodes psychotiques (Armour, 1994, p. 34). C'est également à cette époque que prend fin sa saga amoureuse avec Alice Batchelder, qui meurt du cancer en 1935. Boisen ne pourra pas assister à ses funérailles : il est hospitalisé à cause d'une autre rechute, causée par la perte de cette femme à qui il s'était dévoué. Toutefois, sa maladie lui aura également permis d'entrer dans les profondeurs de l'âme humaine et d'en ressortir investi d'une mission, celle d'aider les malades sur le plan spirituel et de contribuer de façon inédite à l'éducation des jeunes théologiens.

Plusieurs critiques seront adressées aux idées et aux méthodes de Boisen au cours de sa vie, dont les principales sont soulevées par Paul Pruyser (cité dans Asquith, 1976, p. 4-7). D'abord, sa compréhension étroite des maladies mentales, qu'il séparait en deux catégories — « organiques » et « fonctionnelles » — laissait peu de place aux nuances et à la complexité, pourtant incontournables dans ce domaine. Ensuite, sa manière de se pencher presque exclusivement sur les expériences religieuses plus « mystiques », au détriment des formes sociales plus courantes (prier, assister à la messe), l'empêchait d'avoir accès à des données pertinentes qui auraient pu ajouter de la profondeur à ses concepts en psychologie de la religion. Finalement, le côté autobiographique du travail de Boisen ainsi que sa constante recherche de sens dans son histoire personnelle et sa maladie constituent un obstacle à l'application universelle de ses théories. Ces critiques adressés à Boisen, combinées à ses symptômes et à la stigmatisation inévitable qu'ils ont pu causer dans le milieu académique et professionnel, ont contribué à repousser dans l'ombre un homme déjà brisé par la vie et affaibli par la maladie. Malgré tout, quelques auteurs, à l'instar de Glenn Asquith, ont continué à raconter son histoire et à lui redonner la place qui lui revient :

« Boisen is indeed a figure of the present and of the future. His voice was sometimes muted by his own illness and by those who dismissed him because of it. (...) He had an urgent message which will continue to be of value to anyone courageous enough to explore his inner world (Asquith, 1976, p. 177). »

Sous-jacente à la vocation d'Anton Boisen se trouve la question — encore d'actualité aujourd'hui — de la place de la religion et de la spiritualité dans la sphère scientifique, particulièrement dans le domaine médical. Entre le contexte psychiatrique des années 1920 et celui d'aujourd'hui, il y a bien sûr des différences majeures. Le patient est désormais beaucoup plus impliqué dans son traitement, axé sur le rétablissement plutôt que sur l'internement. Or, la spiritualité ou l'expérience religieuse des patients tardent toujours à être considérées comme des composantes essentielles de la personne. En raison de leur complexité, de leur sensibilité et des susceptibilités qu'elles peuvent éveiller, ces questions sont encore très souvent ignorées ou considérées comme nuisibles. C'est ainsi que la vision d'Anton Boisen et les questions qui en découlent ont su traverser les décennies, les progrès de la science et la démocratisation des soins de santé pour nous arriver presque intactes, sous la forme d'un plaidoyer en faveur de l'inclusion sans complexe des questions spirituelles et religieuses au sein des équipes médicales.

Comment un homme aussi socialement mésadapté et timide que Boisen a-t-il pu s'investir complètement dans un programme axé sur les relations humaines les plus intimes, celles qui font place aux pires souffrances ? Comment ce jeune homme, nerveux et mal dans sa peau, a-t-il su inspirer et réunir des médecins influents et des hommes d'Église de renom pour concrétiser ses objectifs ? Tentons une réponse, qui à notre avis résume bien les croyances de Boisen : à l'intérieur de toute personne malade se trouve une partie saine, intacte — divine ? — qui peut grandir à l'infini si on lui en laisse l'espace et si on l'écoute vraiment.

Les auteurs que nous étudierons dans les chapitres suivants ont tous deux rencontré Anton Boisen et ont été influencés par sa pensée. Le premier d'entre eux est Howard Clinebell.

## CHAPITRE II

### HOWARD CLINEBELL

#### 2.1 Biographie

Howard John Clinebell Jr. est né le 3 juin 1922 à Springfield, dans l'Illinois. Ses deux parents proviennent de milieux ruraux et il passe plusieurs étés à la ferme de ses grands-parents maternels. Cette proximité de la terre et de la nature aura un impact important sur sa pensée : « [T]his earth-rootedness was a subconscious influence that made emphasizing growth and process theory (as in growth counseling) continuing emphasis in my understanding of the therapeutic process » (Clinebell, 2000, p. 51).

Sa jeune sœur, Ruth, succombe à une méningite alors qu'il s'apprête à fêter son quatrième anniversaire. Cet événement tragique aura de lourdes conséquences sur son enfance en raison de la culpabilité névrosée qui en découlera, comme il l'explique lui-même : « For several decades I suffered from the unconscious, inappropriate guilt and existential anxiety derived from the magical belief (...) that I had killed "little Ruth" » (*Idem*). En effet, le jeune Howard est convaincu qu'il est responsable de la mort de sa sœur en raison de la rivalité normale qu'il entretenait avec elle. Plus tard, à l'adolescence, il développera un intérêt pour le sacerdoce, qu'il perçoit comme un abri pour se protéger de sa culpabilité et de son anxiété (*Idem*, p. 52).

Après avoir obtenu un diplôme en philosophie de l'Université de DePauw, Clinebell se spécialise en théologie systématique au Garrett Theological Seminary, « partly because of my subconscious hope of finding answers to my personal conflicts and pain » (*Idem*). À cette époque, Clinebell fait la connaissance d'Anton Boisen et suit un cours donné par Russell Dicks, un autre pionnier du CPE. C'est ce cours de Dicks qui enclenchera son intérêt pour le « pastoral counseling ». Clinebell obtient par la suite, en 1949, un certificat en psychiatrie appliquée pour le ministère du William A. White Institute of Psychiatry. Il termine ses études en 1954, complétant un doctorat en psychologie de la religion à l'Université Columbia. Clinebell explique son grand intérêt pour ce domaine :

« These studies and the pathogenic religion in my own childhood triggered a lifelong interest in healing pathogenic beliefs and value systems and in nurturing salugenetic religious systems, supported by healthy religious systems (Clinebell, 2000, p. 53). »

Pendant ses études universitaires, Clinebell reçoit sa formation de CPE dans plusieurs hôpitaux de l'État de New York, en plus d'être pasteur dans quelques congrégations à Long Island afin de pouvoir subvenir aux besoins de sa jeune famille. Ce fut une expérience enrichissante dont il retira une grande humilité : « Being a pastor made me aware of how much I didn't know about helping the trouble people who came for crisis counseling » (*Idem*, p.54). En outre, ce contact direct avec les gens lui permet de constater que les approches néo-freudiennes axées sur la reconstruction à long terme ne sont pas vraiment ce dont les paroissiens et les malades ont besoin. Clinebell cherche à partir de ce moment à mettre sur pied des approches qui répondraient de manière plus adéquate aux problèmes des personnes en crise.

Howard Clinebell comprend rapidement que les questions de contexte socio-culturel, de justice sociale et d'écologie sont intimement liées à la santé globale. On ne peut

aspirer à traiter les crises psychologiques et spirituelles tout en n'accordant aucune importance à ces questions de fond. L'être humain possède un pouvoir de croissance dont il doit se servir pour faire évoluer les autres autour de lui et, par conséquent, la société :

« I was pushed by this awareness to search for ways to make counseling and therapy more holistic and more empowering of clients so they could become agents who worked with others to lessen the social pathologies that were breeding sickness in themselves and others (Clinebell, 2000, p. 55). »

Le fait d'être marié à une psychothérapeute féministe (Charlotte Holt Clinebell) et d'avoir été en contact avec plusieurs femmes dans les différents contextes de son travail a confronté Clinebell à ses propres préjugés sexistes et à ceux de la société en général, en particulier ceux issus des milieux de la psychologie et de la théologie (*Idem*). Il tentera toujours d'en être conscient et d'ajuster sa pratique et ses réflexions en fonction de cette réalité.

En 1957, Howard Clinebell met sur pied un centre de formation en « pastoral counseling » affilié au Claremont School of Theology en Californie, où il sera professeur durant près de 40 ans. Il n'est pas étranger à la culture d'ouverture et de diversité qui caractérisa cet établissement, comme le souligne le docteur Howard Stone : « The Claremont School of Theology opened itself to the riches of wide individual, social and cultural differences long before "diversity" became a mantra in seminary education » (Stone, 2003, p. 64). En plus de son enseignement et de son ministère, Clinebell se consacre à l'élaboration et à la promotion d'approches qui serviront à aider les personnes souffrantes à plusieurs niveaux : *pastoral care*, psychothérapie, toxicomanie, thérapie de couple, etc. En 1966, il publie *Basic types of Pastoral Counseling*, une synthèse exhaustive et structurée qui deviendra l'une des œuvres les plus influentes du *pastoral care*. Un de ses étudiants, le docteur James R.

Farris, exprime en quelques lignes le lien particulier entre Clinebell et son œuvre d'anthologie, en parlant de ce qui l'a frappé lors de sa rencontre avec lui :

« *Basic types* is well laid out, organized around specific subjects and follows an easily recognizable course. Howard Clinebell's office was a chaos of books and manuscripts (...). I learned that day that in spite of his office *Basic types* reflects Howard Clinebell. They both are a compendium of information, hopeful, and see the world as an interrelated whole (Farris, 1998, p. 79). »

La version révisée de *Basic types* publiée en 1984, qui témoigne de l'évolution de la pensée avant-gardiste de Howard Clinebell, sera l'œuvre sur laquelle nous nous baserons pour présenter son approche.

Howard Clinebell meurt le 13 avril 2005 à Santa Barbara, en Californie, à l'âge de 83 ans.

## 2.2 Contexte socio-historique

Si les grands bouleversements sociologiques qui ont marqué la fin du 19<sup>e</sup> siècle et le début du 20<sup>e</sup> aux États-Unis se sont déroulés sur plusieurs décennies, les changements les plus marquants observés par Howard Clinebell se sont, quant à eux, déroulés sur une période de dix ans. En effet, les années 1960 à elles seules ont été le théâtre de remises en question majeures et elles ont incarné le tournant d'une époque dans l'histoire américaine. Sydney Ahlstrom se demande, en observant les années 1960 dans un contexte plus large, comment plusieurs problématiques — certaines vieilles de quelques siècles — ont pu connaître leur dénouement au cours de cette seule décennie :

« Why should a moral and intellectual revolution that was centuries in the making have been precipitated in the 1960s? Why should the contemplacy and religiosity of the Eisenhower years have faded so swiftly? Why did shortcomings of American society that had aroused reformers since the eighteenth century suddenly become explosive? Why, in summary, did so many diverse processes drop their bomb load on the sixties? (Ahlstrom, 1972, p. 1087). »

Cette vision en entonnoir de l'histoire américaine, où plusieurs centaines d'années de forces et de tensions se déversent de manière concentrée sur la seule décennie des années 1960, peut d'abord sembler déconcertante. Toutefois, à la lumière des points soulevés par Ahlstrom et de l'importance encore accordée de nos jours à cette période, force est d'admettre qu'il s'est effectivement produit quelque chose hors de l'ordinaire, quelque chose qui dépasse la simple marche en avant que représente la succession des générations.

Que s'est-il donc passé dans l'univers culturel et religieux des États-Unis à cette époque? Pour répondre à cette question, Ahlstrom recule d'abord de plusieurs centaines d'années afin d'avoir une vue d'ensemble. Selon lui, afin de comprendre les bouleversements des Sixties, il faut d'abord comprendre l'année 1960 et l'élection de John F. Kennedy — un catholique romain — comme la fin de la « grande époque puritaine » anglo-américaine qui débuta en 1558, à la mort de Mary Tudor (Ahlstrom, 1972, p. 1079). Similairement, pour Ahlstrom, les années 1960 marquent la fin de l'âge de la Contre-Réforme qui débuta en 1563 à l'ajournement du concile de Trente et qui se prolongea jusqu'en 1965, à la clôture de Vatican II : « [T]he terms “post-Puritan” and “post-Protestant” are first popularly applied to America in the 1960s » (*Idem*).

Loin d'être les seuls éléments significatifs ayant mis la table pour la décennie turbulente qui nous intéresse, ces blocs de l'histoire anglo-américaine sont tout de même à la base de ce qu'on pourrait appeler l'identité protestante des États-Unis.

C'est par rapport à cette identité qu'ont dû se définir, à travers les premiers siècles des colonies, les autres groupes ethno-culturels américains, comme le souligne Ahlstrom :

« To that tradition, moreover, all other elements among the American people — Catholic, Orthodox, Lutheran, Jewish, infidel, red, yellow and black — had in some way, negatively or positively, to relate themselves. Or at least they did so *until the* 1960s, when the age of the WASP, the age of the melting pot, drew to a close (Ahlstrom, 1972, p. 1079). »

Au cours des années 1960, d'importantes prises de position juridiques et décisions législatives viendront ancrer davantage cette transformation identitaire dans un contexte légal. Soulignons entre autres la décision de la Cour suprême de 1962 sur le redécoupage des districts électoraux — réduisant considérablement le pouvoir politique des régions rurales, traditionnellement blanches et protestantes — ainsi que celle jugeant inconstitutionnelles les cérémonies religieuses dans les établissements d'enseignement publics en 1963. Les gains du mouvement des droits civiques furent également matérialisés par le président Johnson avec le *Civil Rights Act* de 1964 et le *Voting Rights Act* de 1965 (Ahlstrom, 1972, p. 1081).

Les années 1960 coïncident également avec la vague de sécularisation qui déferle sur l'Occident à cette époque. L'un des effets particuliers de cette réalité aux États-Unis fut la mise de côté des appartenances confessionnelles et l'émergence d'un nouvel élan œcuménique, ce qui n'empêcha toutefois pas l'érosion généralisée de la participation religieuse (*Idem*, p. 1083-1084). Une véritable « révolution morale », qui éclot sous le signe de la jeunesse et du rejet des vieux modèles, vient s'ajouter aux autres changements de paradigmes mentionnés plus haut. Sydney Ahlstrom résume bien ce gigantesque maelström culturel, identitaire et religieux : « The decade of the sixties was a time, in short, when the old foundations of national confidence,

patriotic idealism, moral traditionalism, and even of Judeo-Christian theism, were awash » (Ahlstrom, 1972, p. 1080).

Toutes ces transformations, aussi majeures soient-elles, n'auraient pas pu connaître leur paroxysme n'eût été quelques facteurs circonstanciels, précise toutefois Ahlstrom. En effet, l'historien identifie cinq contingences principales qui, une fois réunies, ont pu servir de catalyseurs au choc que furent les *Sixties* : 1) Les nombreux problèmes liés à l'urbanisation et à l'industrialisation ont exercé une pression jusqu'à inégalée sur la population ainsi que sur les structures politiques. 2) Les avancées technologiques dans les domaines de l'industrie et de l'agriculture ont provoqué des migrations de population importantes qui sont venues bouleverser les structures sociales traditionnelles. Le pluralisme culturel et les inégalités sociales ne pouvant plus être ignorés, le sentiment de révolte, le militantisme et même la violence sont rapidement devenus des réalités quotidiennes pour les Américains. Les frères Kennedy et Martin Luther King Jr., trois hommes sur lesquels une grande partie de la population avait fondé son espoir d'une vie meilleure, sont assassinés. 3) Les avancées de la science, à la fois à l'échelle domestique (la télévision) et planétaire (la conquête de l'espace), ont galvanisé l'imagination populaire. La compréhension du potentiel pédagogique de la technologie et l'augmentation considérable d'inscriptions universitaires ont révélé un intérêt inégalé pour la science, causant du même coup un recul des conceptions théologiques traditionnelles. 4) L'horreur des événements des décennies précédentes — les camps Nazis et les bombes atomiques lâchées au-dessus du Japon — a révélé de façon violente le potentiel auto-destructeur de l'être humain, toujours d'actualité à cette époque avec la crise des missiles de Cuba. L'avenir de l'humanité n'a jamais été aussi incertain. 5) Le choix du gouvernement américain de s'impliquer militairement au Viet-Nâm plutôt que de s'attaquer aux problèmes domestiques de racisme et de pauvreté a eu pour effet de polariser les opinions et d'endommager la confiance de la population envers ses institutions. L'unité nationale

est à son niveau le plus bas depuis la Guerre de Sécession (Ahlstrom, 1972, p. 1091-1092).

Au niveau religieux, spirituel et moral, le résultat de l'ensemble de ces facteurs fut considérable. Les structures traditionnelles et jusque-là incontournables que constituaient les paroisses locales et le style de vie qui y était rattaché apparaissent désuètes et vides de sens. La désillusion et le doute au sein de la population et du clergé envers l'image traditionnelle d'un Dieu bienveillant s'ajoutent au désespoir de voir l'idéal américain éclater en morceaux (*Idem*, p. 1094). « Because the national situation looked hopeless, and because so many hopeful leaders lay prematurely in their graves, the tendency to irrational destructiveness (...) was also very strong », poursuit Ahlstrom (*Idem*).

C'est à cette époque turbulente qu'évolue Howard Clinebell. À l'instar d'Anton Boisen qui commença sa vie de jeune adulte en plein milieu des bouleversements majeurs de la Première Guerre, Clinebell assiste, impuissant, à l'horreur du deuxième conflit mondial, sans compter que son enfance a précédemment été marquée par la Grande Dépression. Combinés à la mort de sa jeune sœur, ces événements traumatisants ont rapidement fait de la souffrance une réalité incontournable dans sa vie. En tant que jeune pasteur, Clinebell doit très tôt faire face à la souffrance personnelle des membres de sa congrégation en plus de la souffrance générale de l'Amérique, qui panse ses blessures d'après-guerre.

Pourtant, Clinebell conserve un regard positif sur le monde dans lequel il vit. Il est dynamisé par le potentiel de guérison qu'il perçoit dans le cadre de son travail et ce qu'il veut en faire: « These were hopes for helping to produce a new, exciting chapter in religion's ancient heritage of healing human brokenness » (Clinebell, 2002, p.

xvii). Il comprend que le monde a besoin de guérir et de grandir et voit très bien le rôle que peuvent jouer la religion et la spiritualité<sup>8</sup> dans un tel processus.

Les années 1950 et 1960 viennent en quelque sorte confirmer les espoirs de Clinebell, d'abord au niveau de sa profession. En effet, le *pastoral care* et le CPE commencent, suite à l'évolution des premières bases jetées par Boisen et ses pairs ainsi qu'aux turbulences associées à la naissance d'une nouvelle discipline, à se solidifier et à s'organiser de façon plus structurée. Clinebell fait partie de la deuxième génération de professionnels du *pastoral care*, profondément marquée par la première, mais consciente de ses limites. Clinebell comprend que la principale faiblesse de sa profession est d'être bloquée dans un cadre traditionnel:

« The constrictions were rooted in the historical fact that the movement's founders, with all their creativity, imagination and strengths, were predominantly Western, middle-class, individualistic, English-speaking, Protestant Christian males (Clinebell, 2002, p. xvii). »

Le contexte socio-historique de cette époque aux États-Unis, particulièrement en ce qui a trait au féminisme et au mouvement des droits civiques, n'est pas étranger à l'ouverture que démontre Clinebell dans sa conception du *pastoral care*. Cette époque de libération et d'épanouissement sert de toile de fond aux idées de Clinebell et à son souhait pour l'humanité, que Kimper se permet de formuler ainsi : « that each may be free to become all that he is potentially through shared experience of appreciation and trust » (Kimper, 1962, p. 66).

### 2.3 Approche de soins spirituels de Howard Clinebell

---

<sup>8</sup> Voir le lexique pour une définition de la religion et de la spiritualité selon Clinebell.

Nous examinerons l'approche de Howard Clinebell telle que présentée dans son livre *Basic types of Pastoral Care and Counseling*, une synthèse exhaustive des différentes facettes du *pastoral care* et des multiples situations où ce type de relation d'aide est pertinent.

### 2.3.1 Rôle du professionnel

Howard Clinebell a une conception dynamique du rôle que doivent jouer les professionnels du *pastoral care*. En effet, selon lui, la relation particulière qu'ils entretiennent avec leurs clients ne peut atteindre son plein potentiel à l'intérieur d'un cadre thérapeutique rigide défini dans le temps et dans l'espace. Robert Pattie formule clairement l'objectif que s'est donné Clinebell en publiant son *Basic types* : « He wants to get counseling out of the office (exclusively) and the parishioner "off the couch" » (Pattie, 1967, p. 155). Dans les pages suivantes, nous explorerons les implications de ce rôle, tel que vu par Clinebell.

#### 2.3.1.1 Faire preuve de souplesse et d'initiative

Selon Clinebell, l'autorité particulière que détient le professionnel du *pastoral care* par son statut et sa profession permet un champ d'action plus large que celui des autres thérapeutes et intervenants. Tout en reconnaissant l'importance des séances planifiées et définies, Clinebell estime que celles-ci ne sont pas essentielles lorsqu'il est question de *pastoral care* : « To provide help to the maximum of hurting people (...), pastors need to apply their counseling skills in a host of informal, often unexpected encounters (...) » (Clinebell, 1984 [1966], p. 36). Une rencontre impromptue dans les couloirs de l'hôpital, une sortie récréative ou une pause café

informelle représentent toutes des occasions privilégiées pour aider les personnes souffrantes. Cette forme de spontanéité leur procure un autre avantage : contrairement aux autres professions en relation d'aide, ils peuvent aller à la rencontre des personnes souffrantes, sans attendre que celles-ci en fassent la demande préalablement. L'autorité des professionnels du *pastoral care* leur permet de prendre l'initiative d'offrir de l'aide à ceux qui ne sont peut-être pas prêts à en demander par eux-mêmes, peu importe la raison, comme l'explique Clinebell : « [P]astoral counselors can take the initiative by reaching out to those in crises and building bridges of trust with them so that they may be able to accept the help offered. » (*Idem*) Cette utilisation constructive et unique de leur autorité permet d'établir des contacts privilégiés avec les patients et leurs proches et de dépasser le cadre rigide des entretiens formels. En acceptant de prendre des risques – par exemple, en offrant ses services à quelqu'un sans être sollicité – le professionnel du *pastoral care* modélise ce comportement pour son interlocuteur et l'invite à prendre un risque à son tour : partager sa souffrance. (*Idem*, p. 71)

### 2.3.1.2 Un savoir académique favorisant la croissance

Les connaissances théologiques et spirituelles des professionnels du *pastoral care* constituent également une grande richesse, spécifique à leur profession. « The heart of our uniqueness is our theological and pastoral heritage, orientation, resources and awareness. » (*Idem*, p. 67) Clinebell est d'avis que ces professionnels se doivent de reconnaître la dimension spirituelle présente dans chaque situation afin de pouvoir contribuer efficacement au mieux-être de la personne :

« Their knowledge of these theological areas can enable them to be uniquely helpful to persons whose problems and growth-blocks center around ethical dilemmas, religious conflicts, value distortions, and such ultimate concerns as finding a meaning in life and handling the fear of death creatively (Clinebell, 1984 [1966], p. 67). »

La croissance spirituelle est au cœur de toute relation d'aide selon Clinebell, et cet objectif doit être clair pour le professionnel du *pastoral care* même s'il n'est pas discuté ouvertement avec le client. La dimension spirituelle unit les autres aspects de la personne et agit comme toile de fond de l'expérience humaine. Entretenir et développer une relation avec Dieu (ou toute autre forme de transcendance) est indispensable à une approche axée sur l'intégralité (*wholeness*) comme celle de Howard Clinebell (*Idem*, p. 67-68).

### 2.3.1.3 Authenticité, empathie et vitalité spirituelle

Un autre aspect du rôle du professionnel du *pastoral care* est d'établir une relation propice au counseling, que Clinebell définit ainsi : « Counseling consists of the establishment and subsequent utilization of a relationship; the quality of which can be described as therapeutic (healing), maieutic (facilitating birth and growth), and reconciling (restoring alienated relationships). » (*Idem*, p. 74). Afin d'établir cette relation de qualité, l'intervenant se doit d'être réellement présent avec la personne et de lui offrir une écoute active et empathique (*reflective empathic listening*). L'authenticité de l'écoute et de la présence offertes par l'intervenant est cruciale pour jeter les bases de cette relation fragile :

As persons sense, even vaguely, that the minister is really trying to listen deeply and relate fully, a tiny fragile nexus as delicate as a spider web will begin to connect their aloneness with the minister's aloneness. This is the first, vital strand of what will become a sturdy bridge connecting the islands of awareness of two human beings (Clinebell, 1984 [1966], p. 75).

C'est le rôle des professionnels du *pastoral care* d'être authentiques dans leur écoute des mots, mais aussi des sentiments – parfois trop douloureux pour être formulés – de

leur interlocuteur. Howard Clinebell dresse une liste des fonctions d'une écoute active et empathique et des rôles que joue celle-ci : (1) Ce type d'écoute permet à l'intervenant de vérifier l'exactitude de ses perceptions. Si l'intervenant et le client ne sont pas sur la même longueur d'onde, les échanges permettent de corriger la situation. (2) Elle permet au client de sentir que l'intervenant essaie réellement de comprendre son monde intérieur de sens et de sentiments. (3) Cette conscience qu'a le client des préoccupations de l'intervenant et de sa compréhension naissante stimule la croissance de la relation. (4) Dans certains cas, le fait de répondre directement aux sentiments ouvre une vieille blessure psychique, permettant aux sentiments refoulés de s'échapper et ainsi favoriser la cicatrisation. (5) À mesure que la relation thérapeutique se développe, l'écoute et les échanges de l'intervenant fournissent l'occasion au client d'examiner et de tester la réalité des sentiments et des actions (*Idem*, p. 76).

Cette forme d'écoute active demande un investissement substantiel de la part de l'intervenant, qui doit également être apte à écouter ses propres sentiments. Les professionnels qui sont incapables d'être en contact avec leurs émotions – particulièrement la colère et le deuil – sont lourdement handicapés, selon Clinebell (*Idem*, p. 78).

Pour Howard Clinebell, le professionnel du *pastoral care* est un guide spirituel qui reconnaît la distinction entre l'esprit et l'Esprit (*mind and Spirit*) et qui se concentre sur l'intégralité des valeurs de la personne et sur les questions liées à la religion telle que définie par Ruth Tiffany Barnhouse :

« How does one perceive oneself in relation to time with a capital T, all the time there is, in short, Eternity? What is one's place in the total scene of the universe? Who is one, in relation to all of this?... everyone has some sort of answer to these questions, if only negative answers. These answers, whatever they are, constitute a person's religion (1979, p. 154, citée dans Clinebell, 1984 [1966], p. 115). »

Les intervenants doivent être en mesure, selon Clinebell, d'utiliser et d'entretenir constamment leurs propres ressources spirituelles : « [T]heir living theology – the way they handle their own existential anxiety – will influence their effectiveness far more than their head-level theology » (Clinebell, 1984 [1966], p. 132). Rien n'aura plus d'impact sur leur pratique que leurs vrais sentiments au sujet de la vie, de la maladie et de la mort. Ils doivent donc prendre les moyens pour nourrir leur vie spirituelle personnelle afin que cette croissance se fasse sentir dans leur pratique : « (...) [S]piritual vitality and health is contagious; it is caught more than it is taught. Keeping the spiritual enlivener alive is the most difficult challenge facing the pastoral counselor » (*Idem*).

Clinebell souligne également trois qualités personnelles incontournables que doit posséder tout professionnel en relation d'aide, inspirées par Carl Rogers (1961, p. 47-49) : l'authenticité (congruence), la cordialité-non-possessive (nonpossessive warmth) et la compréhension empathique (empathic understanding). L'authenticité, pour Clinebell, inclut également l'ouverture. La cordialité non-possessive s'apparente pour lui à une forme de grâce : un mélange de respect, d'attention, de chaleur humaine et d'intérêt envers la personne qu'elle n'a pas besoin de mériter, puisqu'il est déjà là au départ. La compréhension empathique réfère au fait d'entrer dans l'univers de sens de la personne et de ses sentiments à travers une écoute active et chaleureuse (*Idem*, p. 416-417). À ces trois qualités essentielles présentées par Rogers, Clinebell en rajoute trois autres : une confiance en soi et un sentiment d'identité bien ancré (a sturdy inner sense of one's identity), l'attitude thérapeutique du « guérisseur blessé » (wounded healer) et une vitalité personnelle (personal aliveness). (*Idem*, p. 418- 419) Le sentiment d'identité doit être bien ancré chez le professionnel du *pastoral care* afin qu'il soit capable de répondre adéquatement aux besoins des autres. L'attitude du « guérisseur blessé », quant à elle, telle qu'élaborée par Henri Nouwen (que nous aborderons au chapitre suivant), se résume à reconnaître ses propres affinités avec la

maladie, le péché, l'isolement et le désespoir afin d'abaisser ses barrières mentales de défense et d'être ainsi plus présent, comme le précise Howard Clinebell :

« To identify with the essential humanness of a despairing person threatens our fragile defenses against our own despair. To recognize that the regressed catatonic in a mental hospital is more like than different from oneself shakes the very foundations of our defensive self-image. To accept this truth at a deep level requires an inward surrender of subtle feelings of self-idolatry and spiritual superiority (Clinebell, 1984 [1966], p. 418). »

La vitalité personnelle est une qualité difficile à entretenir constamment, dit Clinebell, mais elle est essentielle et contagieuse. Les professionnels du *pastoral care* se doivent de vitaliser les autres et de leur faire apprécier tous les aspects de la vie; ils doivent donc donner l'exemple et incarner le plus possible la joie de vivre (*Idem*, p. 419).

À présent que nous avons examiné les différents aspects du rôle qu'occupe le professionnel du *pastoral care*, nous pouvons nous intéresser aux différentes aptitudes et valeurs qu'il se doit de développer.

### 2.3.2 Aptitudes et valeurs à développer

Dans les pages qui suivent, nous parcourons les multiples aptitudes et valeurs mises de l'avant par Clinebell dans le cadre de la relation d'aide holistique qu'il propose, axée sur l'intégralité (*wholeness*), la guérison (*healing*) et la croissance (*growth*). Il sera d'abord question des aptitudes et des principes de base applicables à l'ensemble des situations où les professionnels du *pastoral care* sont sollicités. Nous présenterons par la suite les aptitudes qu'il est utile de maîtriser dans des contextes plus spécifiques où le type de soin (*care*) nécessaire est plus précis.

### 2.3.2.1 Un espace réconfortant

Howard Clinebell estime que le counseling de qualité fournit un environnement qui inspire la confiance et où le client se sent en sécurité. C'est une forme moderne du confessionnal, dit-il (*Idem*, p. 84). Bien que l'image du confessionnal ne soit plus vraiment au Québec un symbole de confiance et de sécurité, nous retenons tout de même cette comparaison dans la mesure où elle évoque le meuble en tant que tel : un endroit sombre et feutré où l'on peut révéler ses secrets les plus profonds.

Au cours d'une relation thérapeutique, le client sera amené à vivre toutes sortes d'émotions intenses et parfois honteuses. Le professionnel du *pastoral care* doit être en mesure de faciliter et d'encourager cette « décharge émotionnelle » en appliquant les principes suivants : (1) Éviter de poser trop de questions informationnelles et s'en tenir aux faits pertinents. Le fait de poser trop de questions éloigne le client de ses sentiments. (2) Demander au client de décrire ses émotions. (3) Répondre aux émotions exprimées, pas seulement au contenu intellectuel. Utiliser des mots se référant aux émotions dans son écoute active. (4) Être attentif aux portes menant à la communication des émotions : le langage non-verbal, l'émotion dans la voix, des protestations exagérées, des contradictions laissant transparaître des conflits intérieurs et des discussions portant sur les relations impliquant des besoins (parents, conjoints, enfants). (5) Porter une attention particulière aux émotions négatives. Elles sont les plus susceptibles d'être réprimées et ont besoin d'être examinées à la lumière d'une relation basée sur la confiance et l'empathie. (6) Éviter les interprétations hâtives et les conseils prématurés. Ceux-ci représentent des pièges tentants, dans la mesure où ils permettent à l'intervenant moins confiant de se sentir utile, en contrôle, et par conséquent moins anxieux. Les interprétations et les conseils ont tendance à bloquer les sentiments et les émotions (*Idem*, p. 84-85).

### 2.3.2.2 Les principes de l'approche holistique

Howard Clinebell met également de l'avant six principes de travail sur lesquels repose sa vision d'une relation d'aide holistique basée sur la guérison et la croissance. Le premier de ces principes consiste à tenir compte des six dimensions de l'intégralité dans l'élaboration des objectifs à atteindre (*Idem*, p. 89). Ces six dimensions sont : 1) la vitalité de l'esprit, 2) la vitalité du corps, 3) l'entretien et l'enrichissement des relations personnelles, 4) l'approfondissement de la relation avec la nature et la biosphère, 5) la croissance en relation avec les différentes institutions, 6) la croissance spirituelle<sup>9</sup>. Cette dernière dimension spirituelle constitue pour Clinebell celle qui traverse toutes les autres et les unit (*Idem*, p. 33); nous y reviendrons plus loin. Ces six dimensions doivent à tout moment être présentes dans l'esprit du professionnel et agir comme des phares lors de ses interventions.

Le deuxième principe de travail exige que le professionnel devienne de plus en plus conscient des forces et des ressources potentielles cachées du client, et en fasse mention chaque fois que c'est approprié (*Idem*, p. 89). Pour ce faire, nous devons apprendre à adopter un point de vue particulier, ce que Clinebell appelle « putting on the glasses of growth » : mettre l'accent sur la croissance de la personne (*Idem*). Tout doit être considéré sous cet angle pour Clinebell : « A corollary of this principle is to see pathology, brokenness, and sin as truncated, blocked, or distorted growth to a considerable extent » (*Idem*).

---

<sup>9</sup> Dans *Basic Types of Pastoral Care* (1984[1966]), Clinebell parle plutôt « d'approfondissement de la relation avec Dieu » (p. 31). Nous préférons la version plus tardive et plus large de cette dimension, telle qu'il la présente dans *Counseling for Spiritually Empowered Wholeness* (1995, p. 18).

Le troisième principe concerne l'utilisation, durant toute la relation thérapeutique, de la « growth formula » : « balancing caring and confrontation » (*Idem*, p.90). C'est une formule délicate, surtout au début de la relation, comme le précise Clinebell :

« Until strong rapport is established, the emphasis should be on caring — on hearing the pain and responding with warm empathy and acceptance. Affirmation and confrontation should both be gentle in early stages of counseling. But when gentle confrontation is heard in the context of awareness of the counselor's non-judgemental caring, it can be experienced as an expression of genuine caring (Clinebell, 1984 [1966], p. 90-91). »

Le quatrième principe de travail de Clinebell concerne la croissance à travers l'intégralité (growth-through-wholeness) : le professionnel du *pastoral care* doit à tout moment être conscient de cet objectif et se doit de le présenter au client, chaque fois que c'est approprié, sous forme de défi ou de ce qui est attendu de lui. Selon Clinebell, le travail du professionnel n'est pas seulement d'aider les gens à survivre et à retrouver leur niveau antérieur d'ajustement, mais de leur permettre d'apprendre et de grandir à travers leurs épreuves (Clinebell, 1984 [1966], p. 91).

Le cinquième principe porte sur les réseaux interpersonnels de la personne ainsi que son contexte sociétal. Clinebell affirme qu'il faut accorder une importance particulière à ces facteurs, puisqu'ils jouent presque toujours un rôle clé à la fois dans la création du problème et dans sa solution. Le fait de replacer pour la personne certains problèmes dans un contexte plus large « may reduce inappropriate self-blame for what is caused by our culture » (*Idem*, p. 92).

Le sixième et dernier principe de travail de Howard Clinebell porte sur la spiritualité. Le professionnel du *pastoral care* se doit d'être conscient que les questions entourant la spiritualité et les valeurs de la personne sont toujours présentes et qu'elles témoignent d'un besoin incessant de grandir dans ce domaine. Le fait de tenir compte

de ces questions et de les aborder si nécessaire « may enable persons to articulate some of the spiritual issues, theological beliefs and superstitions clustering around and contributing to their problems » (*Idem*).

Ces six principes de travail constituent la toile de fond d'une profession en *pastoral care*, la philosophie de base qui oriente les interventions sans nécessairement être discutée avec le client. Maintenant que nous avons exploré ces principes de travail, examinons ce que Clinebell considère comme étant les aptitudes fondamentales (fundamental skills) que doit détenir un professionnel de la relation d'aide.

### 2.3.2.3 Les aptitudes fondamentales

Howard Clinebell s'inspire d'une approche élaborée par Robert R. Carkhuff (1979) pour dresser la liste des aptitudes que doivent maîtriser les professionnels en *pastoral care*:

- Adopter une attitude présente et chaleureuse : expression faciale, contact visuel fréquent, se pencher vers la personne plutôt que s'en éloigner;
- Inviter la personne à échanger sur les sujets importants en utilisant des questions ouvertes, des commentaires brefs et une gestuelle engageante;
- Être à l'écoute et attentif à la communication non-verbale de la personne;
- Se laisser guider par la personne, éviter de changer de sujet (particulièrement au début de la relation thérapeutique), se concentrer sur l'instant présent;
- Offrir une réponse empathique en paraphrasant, telles qu'on les a comprises, les grandes lignes des sentiments exprimés et leur importance aux yeux de la personne;

- Clarifier notre compréhension des choses en formulant une synthèse de ce que la personne nous a communiqué;
- Explorer certains aspects importants qui n'ont pas été abordés en posant des questions approfondies;
- Confronter la personne au besoin lorsque c'est approprié, dans un contexte d'appréciation et d'affirmation de la personne;
- Comprendre les différents sens, les éléments en cause et les dynamiques du problème, orienter la personne vers d'autres types d'aide lorsque c'est nécessaire (Clinebell, 1984 [1966], p. 93-94).

Alors que les principes de travail abordés précédemment présentaient davantage une attitude générale à adopter, les aptitudes de base que nous venons d'énumérer définissent des actions plus concrètes. Afin de compléter ce portrait général des aptitudes et valeurs présentées par Clinebell, examinons maintenant les différents angles de réponse que le professionnel du *pastoral care* doit être en mesure d'utiliser en communiquant avec ses clients.

#### 2.3.2.4 Types de réponses

Howard Clinebell est d'avis que les professionnels du *pastoral care* doivent utiliser plusieurs angles de réponses selon la situation et les besoins des clients. Ces derniers s'attendent à une rétroaction et une réponse de la part du professionnel lorsqu'ils s'ouvrent et communiquent des émotions ou des pensées personnelles; il est important de savoir quel type de réponse convient le mieux. Clinebell se base sur les cinq types de réponses proposés par le psychologue Elias H. Porter (1950, p. 201), auxquels il en rajoute un sixième :

- 1) *Évaluative* : Ce type de réponse indique que le professionnel émet un jugement sur « the relative goodness, appropriateness, effectiveness, or rightness of clients' feelings or behavior » (*Idem*, p. 94). Ce type de réponse exprime ou laisse entendre ce que le client pourrait ou devrait faire.
- 2) *Interprétative* : Ces réponses indiquent que l'objectif du professionnel est d'enseigner, de transmettre des connaissances au client, ou d'expliquer le sens ou le pourquoi de ses réactions.
- 3) *De soutien* : Ce type de réponse indique que l'intention du professionnel est de rassurer le client et de réduire l'intensité de ses émotions.
- 4) *Interrogative* : Ce type de réponse indique que l'intention du professionnel est d'obtenir de l'information supplémentaire ou de poursuivre la discussion dans un ordre d'idées précis. Ce type de réponse sous-entend que le client pourrait bénéficier d'un tel approfondissement.
- 5) *Compréhensive* : Ce type de réponse démontre que l'intention du professionnel est de faire savoir qu'il comprend mais aussi de vérifier s'il saisit bien ce que dit ou ressent le client.
- 6) *Consultante* : C'est le type de réponse qu'utilise le professionnel lorsque son intention est de présenter certaines approches, actions, croyances ou attitudes comme pouvant être bénéfiques (*Idem*).

Il est important pour Clinebell que les professionnels du *pastoral care* soient en mesure d'utiliser tous ces types de réponses « with flexible selectivity, depending on the needs of the particular counselee » (*Idem*, p. 95). La pluralité des types de réponses permet également aux professionnels d'identifier les travers de leurs interprétations et de leurs réactions et de s'ajuster en conséquence.

Maintenant que nous avons exploré les principes de travail, les aptitudes fondamentales et les types de réponses tels que présentés par Howard Clinebell, nous nous intéresserons à certaines catégories et thèmes de soins spirituels et de counseling

ainsi qu'à des aptitudes et valeurs spécifiques qui s'y rattachent. Nous avons choisi de présenter les catégories que nous considérons comme étant les plus pertinentes dans un contexte de soins spirituels en milieu hospitalier, laissant de côté les chapitres traitant de thérapie de couple, de famille, dans les milieux scolaires, etc.

#### 2.3.2.5 Les questions de sens, de valeurs et d'éthique

Longtemps un domaine investi par les religions qui se présentaient comme les détenteurs de réponses, les questions de sens, de valeurs et d'éthique débordent aujourd'hui de ces cadres traditionnels et institutionnalisés. Cependant, cette ouverture ne s'est pas faite sans confusion, laissant aujourd'hui plusieurs personnes désorientées et dans l'ignorance quant à l'origine de leur souffrance. Clinebell évoque une image pour décrire ce changement majeur :

« The widespread collapse of old authority-centered and institutionally-validated value systems has left millions of people feeling as though they are drifting in mid-ocean in a small boat without a rudder, a compass, or a chart during a storm (Clinebell, 1984[1966], p. 138). »

Pour Clinebell, les questions de sens, de valeurs et d'éthique sont présentes dans tous les problèmes et conflits humains; bien souvent, se pencher sur ces questions constitue pour le professionnel le cœur de sa pratique (*Idem*, p. 139). Nous développerons dans les pages suivantes quelques thèmes et situations qui relèvent de ces questions : la culpabilité, les consciences sous-développées et les attitudes moralisatrices.

Grand thème de la psychologie humaine, la culpabilité est un aspect incontournable du *pastoral care* tel que vu par Howard Clinebell. Présente à

différents degrés dans la majeure partie des situations impliquant de la souffrance, la culpabilité empêche la croissance personnelle et aveugle les personnes qu'elle affecte. Selon Clinebell, il existe deux formes de culpabilité : la culpabilité saine (appropriate guilt) et la culpabilité névrosée (neurotic guilt). La culpabilité saine découle de toute action ou comportement qui affecte réellement l'intégralité de la personne ou celle des autres. C'est en quelque sorte la conséquence de nos erreurs, de nos mauvaises actions et décisions. Lorsqu'une personne déroge à son propre code de valeurs de manière intentionnelle, elle ressent de la culpabilité saine (Clinebell, 1984[1966], p. 141).

À l'opposé, la culpabilité névrosée n'est pas la conséquence d'une action réelle posée par la personne qui la ressent. Elle est plutôt produite par le côté immature de la personne, par les comportements et les sentiments qu'elle a intériorisés pendant sa jeunesse et qui sont psychologiquement liés à des récompenses ou à des châtements. Ceux-ci ont pu être donnés par les parents de la personne — ainsi que tout adulte qui répondait à ses besoins — ou alors sous-entendus par leurs valeurs et celles de leur culture. Clinebell précise ici la composition habituelle de la culpabilité névrosée : « Neurotic guilt feelings result mainly from violating internalized parental prohibitions. It often focuses on minor or insignificant ethical issues or on angry feelings, aggressive impulses, sexual fantasies, and impulses » (*Idem*, p. 141-142).

Afin d'aider une personne à résoudre les problèmes découlant de sa culpabilité saine, Clinebell propose cinq étapes à suivre : la confrontation, la confession, le pardon, la restitution (cesser les comportements destructeurs) et la réconciliation. Les professionnels du *pastoral care* doivent être en mesure de confronter leurs clients, estime Clinebell, l'objectif ultime étant de les amener à se confronter eux-mêmes. Chez certaines personnes, la souffrance liée à la culpabilité saine est déjà exacerbée et les confronter n'est pas constructif. Cependant, plusieurs personnes ne sont pas tout à

fait conscientes de leurs comportements destructeurs : afin de mettre un terme à ces derniers, ils doivent faire face à leur culpabilité saine avec l'aide d'un professionnel. Pour ce faire, il est nécessaire de savoir maîtriser la confrontation constructive. Comme nous l'avons vu, il est essentiel d'avoir au préalable établi une relation de confiance afin de pouvoir confronter adéquatement quelqu'un, particulièrement s'il est vulnérable. Un professionnel qui confronte sans compassion ne fera que repousser la personne souffrante, et un intervenant trop permissif — qui ne confronte jamais — ne pourra pas conserver sa confiance, comme l'explique Clinebell : « Omni-permissive counselors usually are not perceived as authentic or congruent by counselees because they are out-of-touch with the side of themselves that does evaluate and make judgements » (*Idem*, p. 144). En d'autres mots, la personne souffrante entretient des attentes envers le professionnel qu'elle vient consulter, dont celle — fût-elle inconsciente — de se faire juger et confronter. Clinebell est d'avis que le professionnel du *pastoral care* ne devrait jamais se gêner de dire respectueusement ce qu'il considère comme étant bien ou la bonne chose à faire :

« They key issue, of course, is *why* and *how* we stand for what we see as right. If we are aware of our own need for forgiveness and have experienced forgiveness in our own lives, it will be easier to stand firm on issues of basic integrity without being moralistic, self-righteous, and rejecting. To the degree that our own guilt is denied or unresolved, we will tend to feel and act judgementally —deepening the other's pain and alienation (Clinebell, 1984 [1966], p. 145). »

La confrontation et l'auto-confrontation mènent à la confession. Faire face à sa douleur et l'explorer font partie du processus de guérison, selon Clinebell. Plutôt que de tenter de rassurer la personne, le professionnel devrait l'encourager à rester dans les émotions générées par sa culpabilité. Clinebell accorde de l'importance dans certains cas à la confession et au pardon au sens religieux, où l'intervenant sert de canal pour le pardon divin aux yeux de la personne souffrante. Bien qu'il admette que

ce rituel ne rejoint pas tout le monde, il tient à affirmer sa pertinence pour plusieurs personnes (*Idem*, p. 145-146).

Les deux étapes suivantes, la restitution et la réconciliation, consistent pour la personne souffrante à prendre des décisions et à poser des gestes concrets dans le but de changer ses comportements destructeurs, ainsi que de réparer les dommages causés par ceux-ci. Ce parcours en cinq étapes ne fonctionne que pour la culpabilité saine, précise Clinebell (*Idem*, p. 149). L'intervenant qui sait utiliser la confrontation bienveillante (caring confrontation) peut aider certaines personnes à faire face à la souffrance liée à leur culpabilité et à résoudre les problèmes qui y sont rattachés.

La culpabilité névrosée, quant à elle, est beaucoup plus grave et découle souvent de traumatismes remontant à l'enfance. Clinebell est d'avis que les cas les plus sévères nécessitent l'expertise d'un(e) psychologue afin de défaire les nœuds profondément ancrés dans la psyché de la personne souffrante. Cependant, dit-il, certains cas moins lourds peuvent bénéficier du *pastoral care*. La personne qui est victime de culpabilité névrosée tend à se comporter tantôt en « parent-bourreau », tantôt en « enfant-victime », le premier punissant constamment le second, ce qui a pour effet de faire disparaître le sentiment de culpabilité pour quelque temps. Cette auto-flagellation et ce dénigrement de soi créent un cercle vicieux difficile à rompre. Clinebell propose deux pistes à suivre dans l'espoir d'aider ces personnes : d'abord, tenter de remplacer petit à petit le côté « parent-bourreau » de la personne en incarnant une autorité plus ouverte et compréhensive. La confrontation constitue la deuxième piste, mais en tenant compte de certains facteurs. Premièrement, le professionnel doit être conscient que la confrontation ne sera pas efficace si la personne souffrante s'en sert de façon masochiste pour se punir. Deuxièmement, il se peut que la personne évite toute forme de confrontation en se rabaisant constamment dans une forme d'expiation malade (*Idem*, p. 151-152). Finalement, Clinebell estime que, sous certaines formes de culpabilité névrosée, se dissimule de la culpabilité saine, que l'on peut

éventuellement traiter à l'aide des étapes vues ci-haut. Inversement, il se peut que, sous une apparente couche de culpabilité saine, se cache une profonde culpabilité névrosée. Clinebell suggère aux professionnels du *pastoral care* de toujours traiter d'abord la couche visible de la culpabilité. Advenant le cas où des problèmes plus graves seraient révélés, le professionnel se doit de référer la personne souffrante à un(e) psychologue afin de suivre la thérapie appropriée (*Idem*, p. 152).

Howard Clinebell s'appuie également sur la confrontation pour venir en aide aux personnes ayant une conscience sous-développée. L'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes permettent selon Clinebell d'inclure quelqu'un dans cette catégorie : une absence de culpabilité saine, d'anxiété et de sens des responsabilités, une grande difficulté à se contrôler, de fréquents comportements irresponsables, un manque de profondeur des émotions et des relations et un comportement manipulateur généralisé. « Many people (...) have not internalized the culture's guiding values and therefore have not learned to control their asocial impulses », explique Clinebell (*Idem*, p. 154). Bien qu'il soit plus rare que les situations où ce type de problème a le temps de se révéler ou d'être mis à l'avant-plan dans un contexte hospitalier, nous croyons qu'un survol de cette problématique est pertinent et peut s'avérer utile dans certaines situations (longues hospitalisations, interventions avec la famille, santé mentale, etc.).

Clinebell explique que, pour offrir des services d'aide efficaces aux personnes démontrant de tels problèmes de caractère, on ne peut se contenter d'une approche permissive axée sur la compréhension de soi : la confrontation est incontournable et doit être utilisée par le professionnel. Pour ce faire, il est essentiel d'établir un rapport avec la personne; c'est souvent là une étape difficile en raison de la réticence de ces personnes à faire confiance et à se rapprocher des figures d'autorité. Une fois qu'un

rapport est établi, le professionnel du *pastoral care* doit confronter son client aux effets auto-destructeurs de son comportement et de son déni de la réalité. L'étape suivante consiste à tenter de bloquer les comportements irresponsables en les présentant comme indignes de la personne et à renforcer les comportements responsables. Pour finir, le professionnel doit aider la personne à trouver des moyens réels, constructifs et socialement acceptables de répondre à ses besoins, et l'amener à explorer son ambition et ses projets pour l'avenir. Ce dernier point est crucial pour Clinebell, qui considère que le fait de parler du futur est un élément essentiel du *pastoral care* :

« Many troubled people do not feel there really is a meaningful future for them. Awakening realistic dreams and making and implementing workable plans to move toward a viable future can be decisive in helping persons break away from the unconstructive patterns of the past (Clinebell, 1984[1966], p. 156-157). »

Les personnes ayant des consciences sous-développées et affichant un manque de contrôle de soi ont besoin d'aide pour découvrir leurs sources de motivation et d'estime. Clinebell suggère d'essayer de trouver quelque chose à laquelle la personne tient réellement, pour ensuite s'en servir comme fondation pour son intervention (*Idem*, p. 157).

D'autres comportements dignes de mention affectent considérablement les personnes souffrantes et leur environnement, que ce soit leur famille ou leurs voisins de lit à l'hôpital. Nous croyons, à l'instar de Clinebell, que ces problèmes relèvent en partie du champ de compétence des soins spirituels. En partie, car ce n'est pas la prétention des soins spirituels de régler ces questions ou de « guérir » de tels comportements, pas plus d'ailleurs que ceux mentionnés précédemment. Les intervenants ont toutefois la responsabilité, selon nous, d'être conscients de ces

dynamiques et comportements afin de pouvoir orienter le mieux possible les personnes souffrantes vers le chemin du rétablissement ou de la guérison.

Les personnes présentant une attitude moralisatrice, par exemple, ne feront vraisemblablement pas appel aux soins spirituels en lien avec leurs propres problèmes. Pourtant, il est important pour l'intervenant de savoir détecter ce type de comportement chez un patient ou un membre de sa famille. En tant que représentant d'une certaine autorité spirituelle et morale, l'intervenant sera certainement confronté à un tel comportement — soit en étant appelé à le valider ou encore à en être l'objet — et devra savoir s'ajuster en conséquence. Il est presque impossible d'intervenir auprès de personnes présentant un comportement moralisateur, à moins qu'elles ne soient rendues à venir elles-mêmes chercher de l'aide, selon Clinebell, qui poursuit : « If they can let themselves become aware of the exorbitant price they are paying—in the distancing of others and in their own loneliness and lack of joy— self-righteous people become open to counseling help » (*Idem*, p. 154). Il met également en garde les professionnels représentant une autorité spirituelle contre leur propre propension à adopter une attitude moralisatrice et à entretenir une image idéalisée d'eux-mêmes.

La conscience sociale sous-développée est un autre thème abordé par Howard Clinebell. Certaines personnes entretiennent des relations saines avec leur entourage immédiat, mais présentent un intérêt et un sens des responsabilités déficients au niveau des enjeux sociaux. La culpabilité saine liée directement à leur personne est présente, mais elles sont incapables de ressentir de la culpabilité pour le rôle qu'elles jouent, si minime soit-il, dans les problèmes et les injustices causées par les structures et institutions de la société. Clinebell fournit des précisions à ce sujet :

« They do not experience appropriate guilt concerning our individual and collective sins of omission and commission that contribute to the deadly

injustices, the growing gap between the rich and the poor nations, the squandering of our planet's limited resources on genocidal weapons, the destructive population explosion, the oppression of women and people of color, and the dehumanizing effects of world hunger and poverty (Clinebell, 1984[1966], p. 158). »

Howard Clinebell, nous l'avons vu, considère la croissance en lien avec les nombreuses institutions de la société comme étant l'une des six dimensions de l'intégralité. Il relève donc du travail du professionnel du *pastoral care* d'aider les personnes à prendre conscience des problèmes présents dans des contextes plus larges, afin de lutter contre les injustices de la société et la souffrance qui en découle : « To be ethical, the insights and methods of counseling and life enrichment work must be used as instrument for helping to liberate social structures and institutions », explique-t-il (Clinebell, 1995, p. 15).

Naturellement, le but recherché dans un contexte hospitalier n'est pas de tourmenter les patients avec des problèmes de société sans lien avec leur souffrance, mais bien d'agir comme vecteur de cette philosophie à l'intérieur d'une structure institutionnelle. Clinebell est d'avis que chaque personne doit prendre conscience du pouvoir grâce auquel elle peut changer les choses et contribuer à alléger la souffrance des autres; il est futile pour lui d'essayer d'aider les gens sans tenir compte de cette dimension : « We're in a losing battle unless we commit ourselves to work on both personal-relational growth and social change » (Moss III, 1984, p. 177). Les patients, leur famille et le personnel d'un hôpital peuvent certainement bénéficier de cette contribution éthique.

Howard Clinebell est aussi d'avis que plusieurs personnes dans la société contemporaine sont victimes d'un vide au niveau du sens à donner à leur vie. Cette absence de sens est causée par une déconnexion de leurs valeurs. Clinebell présente trois catégories de valeurs, élaborées par Viktor Frankl, à explorer conjointement

avec les personnes en manque de sens, afin de rétablir un lien avec les valeurs auxquelles elles tiennent : les valeurs *créatives* — faire quelque chose qui en vaut la peine —, les valeurs *expérientielles* — provenant d'expériences mémorables, comme une symbiose avec la nature, des souvenirs inoubliables, etc. — et les valeurs *attitudinales* — adopter une attitude constructive peu importe la situation (Clinebell, 1984 [1966], p. 159). Afin d'aider les personnes victimes d'une absence de sens dans leur vie, Clinebell suggère d'explorer ces trois catégories de valeurs avec elles afin d'en nommer le plus possible et de se les réapproprier. « Meaning vacuums occur at the intersection of theological and value issues in people's lives », explique-t-il (*Idem*). Il propose également une série de questions dans le but d'aider les professionnels à guider leur clientèle dans l'exploration de leurs valeurs :

- 1) Mes valeurs et priorités, ainsi que le mode de vie qui en découle, me permettent-ils de conserver une bonne santé physique et émotionnelle?
- 2) Mes valeurs et mon mode de vie me permettent-ils de développer mon plein potentiel, intellectuellement et spirituellement?
- 3) Mes valeurs et mon mode de vie me permettent-ils d'apprécier les belles choses de la vie et de faire des choses créatives et enrichissantes qui en valent la peine?
- 4) Mes valeurs et mon mode de vie me permettent-ils de passer assez de temps avec les personnes auxquelles je tiens le plus?
- 5) Mon mode de vie reflète-t-il les valeurs les plus significatives et sources de vie : vérité, bonté, beauté, vitalité, justice, ordre, simplicité, ludisme, autonomie?
- 6) Mes valeurs et mon mode de vie me permettent-ils de m'impliquer dans des causes qui dépassent mon cercle intime et de relever des défis qui me permettent d'aider les autres et ma communauté?

- 7) Mes valeurs et mon mode de vie sont-ils conséquents avec les saines valeurs de survie de la grande famille humaine dont je fais partie (*Idem*, p. 160)?

En abordant la question des valeurs et en offrant aux personnes souffrantes un espace pour y réfléchir en toute confiance et sécurité, les professionnels du *pastoral care* se servent de leur autorité particulière pour les soutenir dans leurs questionnements et les habiliter à choisir par eux-mêmes leur chemin.

#### 2.3.2.6 *Counseling* et *care* de soutien

Pour Howard Clinebell, il existe deux catégories de méthodes en psychothérapie : celles qui sont axées sur la compréhension et la profondeur (*insight-oriented*) et celles qui sont axées sur le soutien. Cette deuxième catégorie serait particulièrement adéquate pour les professionnels du *pastoral care*, puisqu'elle les aide à appliquer

« methods that *stabilize, undergird, nurture, motivate* or *guide* troubled persons —enabling them to handle their problems and relationships more constructively within whatever limits are imposed by their personality resources and circumstances (Clinebell, 1984 [1966], p. 170). »

L'objectif du *counseling* et du *care* de soutien n'est pas de plonger dans l'inconscient de la personne, dans son enfance, ses traumatismes, etc., mais plutôt de l'aider à utiliser ses propres forces, capacités d'analyse et relations interpersonnelles afin d'affronter de façon plus efficace les différents défis de la vie. « Supportive methods focus on here-and-now problems in living —helping persons to handle or accept these in reality-oriented ways, thus strengthening their ability to cope constructively in the future », précise Clinebell (*Idem*, p.171).

L'élément central du counseling et du *care* de soutien est la relation entre le professionnel et la personne qu'il accompagne. Cette relation de confiance enrichissante doit être bien solide afin que le professionnel puisse entamer réellement le processus de soutien. Ce soutien peut s'appliquer à la personne, à sa famille et à ses proches, afin de renforcer leur tolérance au stress. Clinebell présente cinq procédures utilisées dans le counseling de soutien, qui sont élaborées par le psychiatre Franz Alexander (1956, p. 55-56), auxquelles il en ajoute deux (1998 [1966], p. 172-174):

- 1) *Répondre aux besoins de dépendance*. L'intervenant agit comme un « bon parent » sur lequel la personne en difficulté peut s'appuyer. Les différentes formes que peut prendre la gratification de ce type de besoin comprennent le réconfort, l'inspiration, le guidage, la protection, ainsi que l'instauration de certaines limites afin d'éviter des comportements blessants pour soi ou pour les autres. Une telle gratification des besoins de dépendance laisse entendre à la personne que l'on tient à elle.
- 2) *Catharsis émotionnelle*. Accepter et accueillir les émotions accablantes de quelqu'un, c'est lui offrir un soutien inégalé. Le fait de se « vider le cœur » au sein d'une relation basée sur le respect et la confiance permet de se libérer et de réduire l'anxiété qui affecte durement le jugement et la résolution de problèmes. Le fait de sentir que quelqu'un connaît et comprend la douleur donne une grande force aux personnes souffrantes.
- 3) *Retour objectif sur la situation*. Une relation de soutien procure à la personne l'espace nécessaire pour avoir du recul, regarder son problème sous un angle différent, et révéler de nouvelles solutions. Cette objectivité les aide à effectuer des choix plus éclairés.
- 4) *Soutenir les mécanismes de défense de l'égo*. À l'inverse de la confrontation, cette méthode propose de renforcer pendant quelque temps les mécanismes de défense de l'égo qui empêchent la personne de tomber dans un état destructif plus sévère. Par exemple, il est inutile de confronter un homme qui n'accepte

pas encore sa part de responsabilité dans l'accident récent qui a coûté la vie à sa femme. Mieux vaut le soutenir quelque temps, afin qu'il puisse plus tard faire face à sa culpabilité saine.

- 5) *Encourager le changement.* Le professionnel du *pastoral care* peut aider la personne souffrante à effectuer des changements dans les domaines de sa vie qui causent problème (physique, économique, interpersonnel).
- 6) *Encourager les actions appropriées.* Lorsqu'une personne est paralysée par l'anxiété, un sentiment d'échec, une estime de soi endommagée ou la perte d'un être cher, il est parfois bon pour le professionnel offrant une relation d'aide de l'encourager à participer à des activités qui la garderont en lien avec d'autres. Ces activités constructives peuvent empêcher que la personne abandonne ses relations interpersonnelles; elles peuvent peut-être même éviter une dépression.
- 7) *Se servir des ressources religieuses.* Lorsqu'utilisées de façon appropriée, des ressources comme la prière, les textes sacrés ou la communion peuvent montrer aux personnes souffrantes que leur vie a un sens au-delà de la douleur qu'elles ressentent.

Selon Clinebell, le counseling et le *care* de soutien sont plus efficaces lorsqu'ils sont utilisés avec des personnes qui présentent des problèmes d'égo : un égo faible, trop rigide ou défectueux (*Idem*, p. 174). C'est souvent le cas des alcooliques, des toxicomanes, des personnes souffrant de troubles psychotiques ou de dépression, ainsi que les délinquants et dépendants. Clinebell est d'avis que plusieurs facteurs de la société contemporaine contribuent à l'augmentation des problèmes d'égo, tels que « the breakdown of family and community stability, ethical and theological confusion, extreme mobility, and the depersonalization of technology and urbanization » (*Idem*, p. 177).

### 2.3.2.7 Counseling et *care* en situation de crise

Depuis des siècles, nous dit Clinebell, les pasteurs et les prêtres contribuent à apaiser la douleur et la souffrance des personnes en crise ou en deuil. Les liens qu'ils entretiennent avec leur communauté, le respect et la confiance qu'ils inspirent, leur accessibilité et leur présence durant plusieurs étapes importantes de la vie (naissance, mariage, maladie, mort) font en sorte que ce sont des aidants naturels dans les situations de crise (*Idem*, p. 183). Les intervenants en soins spirituels contemporains héritent au moins d'une partie de ce bagage dans le contexte hospitalier. Dans les paragraphes qui suivent, nous présenterons l'approche de Howard Clinebell concernant le counseling et le *care* en situation de crise.

Pour Clinebell, les professionnels du *pastoral care* « éveillent » le sens et l'espoir chez les personnes en situation de crise : « Hope, in my clinical experience, is the most powerful enabler of creative change or growth in persons » (Moss III, 1984, p. 179). Leur objectif est de faire découvrir à ceux qui souffrent que la vie vaut la peine d'être vécue, même dans des circonstances tragiques (Clinebell, 1984 [1966], p. 184). Pour Clinebell, toute situation de crise ou de deuil implique des sentiments de perte, un domaine où les professionnels du *pastoral care* jouent un rôle clé :

« The core experience in both crises and grief is that of loss. A loss or the threat of a loss is always involved in crises. Feelings of grief are part of all major life changes, transitions and crises. In most crises and losses, there is separation anxiety, feelings of identity confusion, and the necessity of developing new ways to meet one's basic emotional needs (Clinebell, 1984 [1966], p. 185). »

Clinebell considère que les situations de crise sont des points tournants importants; quelques petits gestes peuvent créer de grands résultats. Offrir un soutien sincère et une écoute bienveillante, exercer une influence positive sont parfois suffisants pour

permettre à la personne d'utiliser ses propres ressources et sa capacité de faire face à l'adversité, comme l'explique Clinebell : « Relatively rapid results often are possible because forces within the person are teetering in the balance. Thus a relatively minor influence by the pastor can have a major effect (...) » (*Idem*, p. 188).

Comme nous l'avons vu plus haut (2.4.1), le rôle particulier des professionnels du *pastoral care* leur permet également d'aller au-devant des personnes souffrantes dans ce que Clinebell appelle du « counseling informel ». Cette forme de counseling se produit dans toutes sortes de situations et de lieux, sans faire appel aux éléments d'une séance habituelle : emplacement, structure, durée, etc. « The setting may be anywhere —a street corner, a grocery store, a hospital room (...) », précise Clinebell (*Idem*, p. 191). Dans le contexte hospitalier qui nous intéresse, les endroits « informels » seraient par exemple les corridors, la cafétéria, le hall d'entrée, le terrain de l'hôpital et même les chambres, si ce n'est pas dans le cadre d'une rencontre prévue.

Certaines personnes ont besoin d'aide et de soutien, mais ne sont pas prêtes à le demander. C'est souvent le cas dans les hôpitaux; les besoins physiques et pharmacologiques sont pris en charge, mais la détresse psychologique et spirituelle des personnes souffrantes reste enfouie. Howard Clinebell considère que le counseling informel est un atout important pour les professionnels du *pastoral care*, car il permet de bâtir des liens et d'afficher sa disponibilité, qui dépasse celle des simples rendez-vous prédéfinis. Il faut donc être capable de ressentir si quelqu'un a besoin d'aide, d'être sensible aux subtils signes de détresse (*Idem*, p. 192). Le counseling informel peut aisément mener à des séances planifiées, ajoute Clinebell : « People often will move from informal to formal counseling, if they are encouraged to do so and are offered a definite appointment » (*Idem*, p. 195).

Clinebell présente neuf étapes de counseling à court terme en situation de crise. Nous retenons cette approche à court terme car elle correspond le mieux au contexte de travail des intervenants en soins spirituels. En effet, la durée moyenne des relations d'aide auprès des patients et des familles est rarement très longue, à quelques exceptions près. Les neuf étapes (*Idem*, p. 198-200) élaborées par Clinebell sont les suivantes:

- 1) *Écouter de manière intense et refléter les émotions de façon compréhensive.*  
La tentation est grande, dans des situations de crise où le temps presse, de réduire le temps d'écoute. Clinebell met en garde contre cette économie de temps qui réduit à la fois le sentiment d'être compris pour la personne et la compréhension globale de la situation pour l'intervenant.
- 2) *Bien choisir ses questions pour se concentrer rapidement sur le cœur du conflit.* Une fois que la personne a pu exposer son problème, quelques questions bien choisies permettent d'aller chercher d'autres informations cruciales laissées de côté. Cela permet également à la personne de découvrir de nouveaux aspects auxquels elle n'avait pas encore songé, ou de nouveaux points de vue à explorer.
- 3) *Aider la personne à voir le problème dans son ensemble.* Toujours dans l'objectif d'aider la personne à acquérir une vision plus large de sa situation, cela lui permet également de prendre connaissance de sa force intérieure et des ressources à sa disposition. Une personne souffrante et stressée perd facilement de vue ces outils.
- 4) *Fournir de l'information utile.* Des faits et des données au sujet de certains problèmes et traitements qui y sont reliés, comme l'alcoolisme et la toxicomanie par exemple, fournissent parfois de l'information et des pistes pertinentes.
- 5) *Se concentrer sur les conflits majeurs dans le but de clarifier les options possibles.* Explorer chaque solution avec la personne ainsi que ses effets

probables lui permet de faire face au problème de façon réaliste et de se sentir accompagnée dans le processus.

- 6) *Aider la personne à prendre une décision.* Soutenir la personne dans sa prise de décision et dans ses actions constructives permet de vaincre le marasme de l'indécision perpétuelle. « [T]he human personality is like a muscle. Using it in constructive thinking and action tends to strengthen its coping abilities », nous dit Clinebell (*Idem*, p. 199).
- 7) *Guider la personne dans les aspects pratiques de ses démarches.* Lorsqu'approprié, Clinebell est d'avis que l'intervenant peut suggérer des actions à poser ou des démarches à entreprendre basées sur sa connaissance des enjeux. Il est important de savoir formuler ces suggestions de manière à ce que la personne se sente à l'aise de les refuser, sans toutefois rejeter dans son ensemble l'aide offerte par l'intervenant.
- 8) *Être une source d'inspiration et de soutien émotionnel.* Il est important d'encourager la personne souffrante, de relever son courage et ses efforts durant la crise qu'elle vit. Si la personne est religieuse, le fait d'utiliser des ressources de ce type (prières, écritures) peut enrichir la relation d'aide et renforcer son lien avec la transcendance. « Pastoral counselors confront, but they also comfort! They challenge, but they also care. It is (...) these two paradoxical dimensions (judgement and grace) that produces growth in counseling », poursuit Clinebell (*Idem*, p. 200).
- 9) Entamer une relation de counseling à long terme si ces étapes ne conviennent pas, ou alors référer la personne à un autre professionnel plus approprié (psychologue, travailleur social, etc.).

Dans sa présentation du counseling de soutien et du *care* en situation de crise, Clinebell indique clairement aux professionnels qu'ils doivent adopter une approche de relation d'aide axée sur la croissance. En effet, après avoir établi une relation de confiance et examiné les problèmes de la personne souffrante, le rôle de l'intervenant

consiste à la soutenir dans sa propre croissance, à mesure qu'elle découvre par elle-même son potentiel et sa capacité de grandir.

À présent que nous avons complété la présentation des aptitudes et des valeurs au centre du *pastoral care* de Howard Clinebell, examinons les objectifs généraux visés par ces éléments ainsi que les erreurs à éviter dans leur application.

### 2.3.3 Objectifs visés et erreurs à éviter

Les aptitudes et valeurs présentées par Howard Clinebell couvrent, nous l'avons vu, un large spectre d'application. De la rencontre informelle et improvisée dans un corridor jusqu'à la posture à adopter lors d'un entretien, nous constatons que le *pastoral care* selon Clinebell dépasse le simple cadre clinique et accorde une grande importance à la relation à établir et à entretenir entre deux personnes. Quels sont les objectifs ultimes de cette approche? Comment être certain d'y travailler et de ne pas s'égarer en chemin? Les relations humaines et professionnelles étant imparfaites, il y a certainement un potentiel d'erreur dont il faut tenir compte. Dans les pages suivantes, nous tenterons de répondre à ces interrogations en présentant les objectifs « phares » de Howard Clinebell et en identifiant les rochers dont il faut se méfier en navigant vers eux.

#### 2.3.3.1 Actualiser une fonction historique

Il est crucial pour Clinebell que les professionnels du *pastoral care* comprennent le contexte de leur rôle, qui découle d'une riche et longue tradition de relation d'aide spirituelle et religieuse. Bien que les intervenants en soins spirituels contemporains ne

soient pas tous des prêtres — au Québec, on assiste à une augmentation incessante du nombre de femmes et de laïcs de tous horizons ainsi qu'à une diminution du nombre de prêtres et de pasteurs —, cette conception de Clinebell s'applique également à eux. En effet, les intervenants en soins spirituels en milieu hospitalier doivent intégrer cet aspect à leur compréhension de leur profession. Bien que les intervenants soient aujourd'hui bien différents des aumôniers d'antan sur plusieurs points, il serait contreproductif pour eux d'omettre unilatéralement des siècles d'aumônerie pastorale, peu importe leur confession. Cet héritage peut s'avérer un atout, comme l'explique Howard Clinebell (*Idem*, p. 41): « They can draw inspiration and energy from knowing that they are part of an ancient caring-helping tradition —the most ancient of any profession. »

Cette inclusion dans un contexte plus large contribue selon Clinebell à façonner l'identité des professionnels du *pastoral care* et des soins spirituels, particulièrement à une époque où ces professions empruntent de nouvelles avenues. Clinebell précise sa position à ce sujet : « Counseling pastors should learn all that they can from contemporary sources, but their self-identity should be molded by their time-tested tradition of shepherding, not by the recent model of the psychotherapist » (*Idem*). Par opposition à l'ancienne approche du CPE axée sur la pathologie qui prévalait dans les années quarante et cinquante, le paradigme mis de l'avant par Clinebell se veut à la fois holistique, systémique, non-hiérarchique, orienté vers la croissance et la libération, tributaire des avancées du féminisme et profondément ancré dans un héritage et une identité spirituelle (*Idem*).

Dans cette optique, Clinebell met de l'avant les quatre fonctions « historiques » du *pastoral care*, élaborées par William A. Clebsch et Charles R. Jaekle (1964, p. 33), auxquelles il en ajoute une cinquième (1984 [1966], p. 42-43) :

- 1) *Guérir (Healing)*. Aider la personne à surmonter des obstacles et à avancer en rétablissant son intégralité.
- 2) *Soutenir (Sustaining)*. Aider la personne à traverser les épreuves et à les transcender lorsqu'un rétablissement ou un retour à son état précédent est impossible ou improbable.
- 3) *Guider (Guiding)*. Accompagner la personne et l'aider à prendre des décisions dans des situations complexes où elle s'inquiète des répercussions sur l'état présent et futur de son âme.
- 4) *Réconcilier (Reconciling)*. Aider la personne à rétablir les relations brisées avec son entourage et avec Dieu (le divin, la transcendance, etc.) à travers le pardon et la discipline.
- 5) *Nourrir (Nurturing)*. Aider la personne à développer son potentiel et ses talents, peu importe l'étape de sa vie.

Pour Clinebell, ces cinq fonctions du *pastoral care* transcendent les époques et continuent d'être pertinentes aujourd'hui. Leur mode d'application pourra changer de concert avec la société, mais leurs objectifs demeureront les mêmes.

#### 2.3.3.2 Développer un counseling plus inclusif et transculturel

La pratique du *pastoral care* et de l'aumônerie traditionnelle a longtemps été l'apanage des hommes et destinée à une population blanche issue de la classe moyenne. Howard Clinebell est bien conscient de ce fait et cherche à élargir de façon significative les horizons de cette profession. Chaque professionnel se doit selon lui d'avoir cet objectif en tête : « In a world of increasing interaction among persons of different cultural and ethnic backgrounds, broadening our horizons as pastoral counselors is increasingly important » (*Idem*, p. 96-97).

Par exemple, Clinebell affirme que, généralement, les personnes issues de milieux défavorisés réagissent moins souvent aux thérapies axées sur l'intériorité et la découverte de soi. Elles cherchent davantage des solutions concrètes à leurs problèmes immédiats et ne comprennent pas nécessairement comment le fait « d'en parler » pourrait les aider (*Idem*, p. 97). Il se peut également que cette catégorie de personnes soit encline à considérer les professionnels du *pastoral care* comme des figures d'autorité rigides. Ceux-ci doivent être conscients de ce genre d'éventualité et doivent ajuster leur service en conséquence, par exemple en accompagnant la personne dans sa recherche de solutions pratiques, et en se servant de leur statut pour favoriser la croissance :

« Unconstructive uses of authority involve manipulating counselees by coercive advice, or taking action and making decisions for them that they could do themselves with the counselor's guidance and support. Growthful uses of counselors' authority aim at gradually diminishing the dependence of persons on this authority (Clinebell, 1984 [1966], p. 98). »

Howard Clinebell vise également à combattre le sexisme toujours latent dans plusieurs sphères de la société, qui se traduit par exemple en *pastoral care* par une classification inconsciente des rôles basées sur le genre, à la fois chez les professionnels et les personnes qui font appel à leurs services. Tout professionnel en relation d'aide doit travailler activement à se libérer des entraves comme le sexisme afin d'être en mesure d'aider les autres. Afin d'étayer ce qui, selon lui, caractérise un professionnel libéré et libérant, Howard Clinebell présente la description d'un tel professionnel élaborée par sa femme, Charlotte Holt Clinebell (*Idem*, p. 100-101). Un professionnel libéré et libérant:

- a) considère que les femmes et les hommes sont égaux,
- b) croit fermement à l'égalité totale entre les femmes et les hommes dans toutes les sphères de la vie publique et privée,

- c) comprend que des stéréotypes culturels inconscients peuvent affecter sa façon de penser, même s'il est intellectuellement en désaccord avec ces stéréotypes,
- d) n'est pas sur la défensive, n'est pas prétentieux, ne porte pas de jugement,
- e) croit que son travail consiste à aider les gens à découvrir qui ils sont et ce qu'ils veulent devenir,
- f) est toujours conscient de ses limites lorsqu'il travaille avec quelqu'un du sexe opposé,
- g) cherche continuellement à devenir — et encourage ses clients à devenir — une personne plus androgyne (androgynous person).

Les professionnels du *pastoral care* et des soins spirituels doivent toujours être conscients de leur propension à croire que leurs propres expériences et leur culture représentent la norme pour tous les êtres humains. Parfois, les différences culturelles sont telles que le professionnel n'est pas en mesure de comprendre convenablement la situation de son client. Clinebell est d'avis que le fait de reconnaître ces obstacles et de les nommer peut faciliter la création de liens et créer de nouveaux défis (*Idem*, p. 101). L'éducation et l'ouverture à l'autre sont des valeurs centrales qui poussent le professionnel à se dépasser constamment. En somme, atteindre un grand niveau d'humilité vis-à-vis du sexe opposé ainsi que des différentes cultures et classes sociales constitue un autre objectif de l'approche de Howard Clinebell. « Multicultural challenges confront us pastoral counselors today more than ever before », rappelle-t-il (Clinebell, 2002, p. xviii).

#### 2.3.3.3 Faciliter l'intégralité et l'auto-transformation spirituelles

Faciliter la croissance spirituelle et son potentiel de guérison constituent l'objectif principal du *pastoral care*, croit Clinebell (*Idem*, p. 103). Pour que cette croissance

puisse avoir lieu, il faut être en mesure de comprendre en quoi consistent les besoins spirituels fondamentaux. Ces besoins dépassent très souvent le cadre strictement religieux. En effet, les problèmes de nature religieuse ne constituent qu'une petite minorité des cas avec lesquels les pasteurs et intervenants auront à travailler : « Obvious and explicit theological issues —e.g., problems of belief, doubt, doctrine, the nature and methods of prayer— are the presenting problem in only a small minority of those seeking pastoral help » (*Idem*).

De quoi traitent donc ces autres problèmes qui monopolisent la majorité des consultations en *pastoral care* et en soins spirituels? Pour Clinebell, derrière toutes les situations et expériences humaines se cache une dimension spirituelle liée à notre anxiété existentielle : « [A]wareness of our mortality is inherent in every human experience, most often on a subconscious level. » (*Idem*, p. 107) Il n'existe aucun remède psychologique ou psychothérapeutique à l'anxiété existentielle, qui possède à la fois selon Clinebell un potentiel créatif et destructeur. C'est la façon dont chacun y fait face qui importe, dit-il : « Whatever one uses to cope with existential anxiety is, psychologically speaking, one's religion » (*Idem*, p. 108). L'un des objectifs principaux du *pastoral care* serait donc d'aider les personnes souffrantes à trouver des manières saines de faire face à leur anxiété existentielle, de faciliter la croissance de leur vie spirituelle et de les aider à satisfaire les besoins découlant de ces deux aspects. Howard Clinebell identifie neuf besoins spirituels de base (*Idem*, p. 110) : 1) Développer une philosophie de vie viable; 2) Développer des images et des valeurs constructives pour guider son mode de vie; 3) Développer et entretenir une relation énergisante avec Dieu (le Divin, l'Absolu, la nature, etc.); 4) Développer son « soi » suprême ou son âme en tant que centre de son être; 5) Renouveler régulièrement sa confiance de base, afin de garder espoir lors des deuils et des tragédies; 6) Découvrir des façons de passer de la culpabilité aliénante au pardon et à la réconciliation; 7) Développer des façons d'augmenter l'estime de soi et de se libérer du narcissisme en

étant conscient de son importance (aux yeux de Dieu, dans l'Univers, etc.); 8) Vivre des moments de transcendance, des *peak experiences*; 9) Appartenir à une communauté qui nous soutient et nous fait grandir au cours de notre parcours spirituel.

Lorsqu'une personne est en mesure de répondre à ces besoins, elle atteint un certain bien-être spirituel et même religieux, dans la mesure où ces besoins s'inscrivent dans ce qui la « relie » à quelque chose de plus grand. Mais Howard Clinebell est d'avis que la religion — au sens large en lien avec l'anxiété existentielle — n'a pas toujours des effets positifs et qu'elle peut même causer de graves problèmes. En effet, certaines personnes n'ont jamais appris comment répondre à leurs besoins spirituels de manière saine; ils ont plutôt favorisé une approche rigide, autoritaire et souvent empreinte de déni. Leur religion personnelle est pathogénique : elle infecte leur vie et bloque leur croissance. Clinebell est conscient que la religion occupe cette fonction chez plusieurs personnes: « Religious beliefs that deminish wholeness by reducing self-esteem and increasing guilt and fear are widespread in our society. » (*Idem*, p. 20) Transformer des croyances pathogéniques en une spiritualité « salutogénique » n'est pas une mince affaire, mais Clinebell est d'avis que c'est possible en s'attaquant directement aux croyances problématiques, une fois la relation de confiance établie, et en nourrissant par tous les moyens l'estime de soi de la personne. Cet autre exemple de *caring confrontation* illustre bien un autre objectif du *pastoral care* selon Clinebell : favoriser l'auto-transformation spirituelle.

#### 2.3.3.4 Erreurs à éviter

L'approche de Howard Clinebell, nous l'avons vu, est aussi vaste que structurée. L'œuvre de synthèse que constitue *Basic types of Pastoral care* est répartie en

catégories, en sous-catégories, en étapes à suivre et en principes à respecter. Clinebell souligne également quelques comportements à éviter et erreurs à ne pas commettre en tant que professionnel du *pastoral care*; il en sera question dans les paragraphes suivants.

- 1) *Oublier son propre bien-être et sa propre croissance* : Un professionnel du *pastoral care* ne peut pas faciliter la croissance chez quelqu'un s'il a lui-même cessé de se développer, selon Clinebell : « The counselor's or growth facilitator's need to keep growing is utterly crucial. Growth is caught as much as it is taught » (Moss III, 1984, p. 183). Il est essentiel de continuer d'enrichir sa vie et d'en prendre soin, particulièrement au niveau spirituel, si l'on aspire à agir comme catalyseur dans ce domaine. Clinebell est catégorique : « It's crucial that we attend to our own continuing growth work and that we not allow overinvestment in "helping others" to become an escape from self-care » (Clinebell, 1995, p. 50).
- 2) *Avoir une compréhension hiérarchique de son rôle* : Howard Clinebell explique que « [t]here's a comfortable illusion that counseling and therapy consist of one group of people, the "healthy" ones, reaching down to help the others, the "sick" ones » (*Idem*). Pour lui, une telle compréhension de la relation d'aide nuit sévèrement à la fois au professionnel et à la personne souffrante.
- 3) *Utiliser les ressources religieuses de façon destructrice* : Clinebell désapprouve ceux qui se servent de la Bible et d'autres ressources religieuses de façon rigide et moralisatrice, « (in) ways that arouse inappropriate guilt feelings and block dialogue and spiritual growth in counseling » (Clinebell, 1984 [1966], p. 121-122). Selon lui, l'utilisation de la prière ou d'un « vocabulaire d'église » peut facilement servir de mécanisme servant à fuir le dialogue authentique, tout comme les textes sacrés peuvent aisément devenir

un outil d'autoritarisme empêchant la croissance et l'intégralité. Le professionnel doit à tout prix éviter d'ériger de telles barrières entre lui et ses clients.

- 4) *Utiliser la confrontation de façon destructrice* : Nous avons vu que Howard Clinebell accorde une grande importance à la confrontation dans le *pastoral care*. Il va jusqu'à la comparer à un médicament puissant pour attirer l'attention sur les dangers qui peuvent survenir si on ne l'utilise pas adéquatement : « Used properly (it) can be a potent means of healing. Yet the dangers of misuse are increased by (its) potency » (*Idem*, p. 162). La confrontation doit toujours être bienveillante et utilisée avec modération. Elle doit servir à accompagner quelqu'un dans sa compréhension de la réalité et des responsabilités qui s'y rattachent et être accompagnée d'un espace pour que la personne puisse en discuter, y répondre ou la réfuter. Ne pas respecter ces directives en utilisant la confrontation peut être très dommageable.
- 5) *Entretenir la dépendance* : Lorsque le professionnel du *pastoral care* soutient une personne souffrante, il incarne en quelque sorte les deux fonctions d'une prothèse orthopédique : fournir un soutien temporaire solide pendant qu'une blessure guérit et permettre à la personne de fonctionner presque normalement durant ce processus (*Idem*, p. 180). Le danger auquel s'exposent les professionnels est d'encourager cette dépendance au-delà du nécessaire chez certaines personnes et ainsi de bloquer leur croissance personnelle. Il est essentiel de savoir mettre ses limites afin d'encourager la personne à vivre pleinement de façon autonome.

## 2.4 Conclusion

À une époque où la société occidentale se relevait difficilement de deux guerres mondiales successives, Howard Clinebell a su faire partie de ceux qui se sont tournés vers l'avenir pour tenter de changer les choses. Ayant baigné dans la souffrance toute sa jeunesse, il s'est fait un devoir de communiquer à d'autres les bienfaits et besoins reliés à la spiritualité et aux relations significatives dans une perspective de rétablissement et de guérison. Le professionnel du *pastoral care*, tel que vu par Clinebell, reconnaît la dimension centrale et absolue — donc intimement spirituelle — de ces relations, comme le souligne David Moss :

« (Clinebell) became convinced that man's "will-to-relate" was more basic or fundamental than Freud's "will-to-pleasure", Frankl's "will-to-meaning", or even Alder's "will-to-power", in that the need for pleasure, meaning and power can be satisfied only in relationships. In other words, primary needs focus outward toward relationships that underlie mental and spiritual health (Moss III, 1984, p. 174). »

L'accent que met Clinebell sur la relation, sur le lien que le professionnel doit créer, s'inscrit d'abord dans le contexte large des relations que nous entretenons avec l'histoire, la société, ses institutions, etc. Clinebell désire comprendre d'abord ce qui bloque l'humanité en général dans son épanouissement global, ce qui retarde son évolution et l'empêche d'avancer. Il est inconcevable pour lui que l'on puisse travailler uniquement sur un cas en particulier en n'étant pas conscient des divers facteurs qui en sont à l'origine. Cela s'applique avant tout au professionnel, qui doit régulièrement effectuer une réflexion intime sur la provenance de ses propres préjugés, de ses conceptions erronées ou égocentriques, ainsi que sur les comportements qu'il peut adopter concrètement pour les changer. L'accès à l'égalité complète pour les femmes et l'élimination de toute forme de racisme sont, pour Clinebell, des objectifs tout à fait réalisables dans la mesure où la société est composée d'individus au potentiel inouï. Il est du devoir de chacun de se libérer tout en libérant les autres et ce, même si nous sommes capables de l'inverse, comme le dit

Clinebell : « We humans have both the drive to grow and ingenious abilities to block our own growth and the wholeness of others » (Moss III, 1984, p. 178).

Comment transformer cet « élan de vie », cette force qui nous tire vers le haut, en quelque chose de concret au niveau d'une relation thérapeutique? Pour répondre à cette question, Howard Clinebell fournit des pistes intéressantes et détaillées. D'abord, le statut particulier du professionnel du *pastoral care* ou des soins spirituels renferme à lui seul un potentiel unique de pouvoir créer des liens significatifs dans des contextes et des situations qui ne sont pas couverts par d'autres professionnels. Une fois créé et solidifié, ce lien permet de se servir d'un outil délicat mais efficace lorsqu'il est utilisé adéquatement : la confrontation. Clinebell est bien conscient des limites de sa profession : il ne peut pas guérir quelqu'un ni lui dicter un comportement. Par contre, il peut aider la personne à débloquent son élan de vie en la secourant un peu, en l'aidant à mobiliser ses propres ressources intérieures plutôt que de la laisser se renfermer et dépérir. « A crisis is a turning point in a person's life, a point at which they can grow stronger or become weaker », souligne-t-il (*Idem*, p. 180).

La culpabilité, nous l'avons vu, constitue selon Clinebell un nœud important chez l'être humain. Savoir distinguer la culpabilité névrosée d'une saine culpabilité propice à la guérison constitue l'un des éléments principaux de son approche. En tant que principal agent « bloqueur », la culpabilité doit être prise très au sérieux et aucun comportement visant à l'entretenir chez la personne souffrante n'est justifiable. C'est pourquoi les notions de religion pathogénique et de religion « salutogénique » sont d'une importance capitale dans la pensée de Clinebell : il est nécessaire de se débarrasser une fois pour toutes des idéologies punitives véhiculées par certaines religions. Au contraire, une culpabilité saine explorée au sein d'une relation de confiance pourra se résorber par elle-même tout en permettant à la personne de s'épanouir.

Les principales critiques adressées à la pensée de Howard Clinebell portent entre autres sur son regard utopique et sur sa conception floue de la « santé ». En effet, comme le souligne David Moss, Clinebell évite presque tous les concepts médicaux en refusant d'aborder les théories où la pathologie occupe un rôle important (*Idem*, p. 174). James Farris, quant à lui, est d'avis que Clinebell sous-estime le potentiel destructeur des individus, des familles, des groupes de personnes ou des institutions. Il dresse un portrait trop rose de la réalité, dit-il, et son discours sur l'épanouissement et la libération est beaucoup plus facile à prononcer qu'à appliquer. « Still, I am drawn to (his) passion for wholeness of mind, spirit, body, relationships, institutions, and creation », admet-il (Farris, 1998, p. 81-82). Ironiquement, on reproche également à Clinebell de ne pas être assez ouvert ou d'être trop ethnocentrique (*Idem*, p. 82). Terrence Lewis (2011, p. 180) se désole que Clinebell n'aborde pas la question de l'identité sexuelle pour y inclure la communauté LGBT (lesbiennes, gais, transsexuels et transgenres), par exemple, ce qui aurait des impacts significatifs — il est vrai — sur sa présentation du cycle de la vie (mariage, famille, etc.). Il lui reproche également de ne pas intégrer de contenu provenant d'autres traditions philosophiques et religieuses. En lisant Clinebell et en accordant une attention particulière à l'évolution de sa pensée, il est pourtant facile de conclure qu'il n'aurait aujourd'hui aucune objection à ce que ces amendements à son approche soient pris en considération. Clinebell a d'ailleurs déjà souligné le travail de ses jeunes collègues en ce sens : «(They) have enlarged pastoral counseling's caring concerns with increasingly multi-cultural and multi-racial, as well as multi-faith, gender inclusive, and holistic theories and methods » (Clinebell, 2002, p. xvii).

En publiant *Basic types* en 1966, Howard Clinebell a produit l'un des ouvrages les plus marquants du *pastoral care* à ce jour. Que l'on soit rebuté par ses positions parfois trop optimistes ou par ses concepts larges d'« intégralité » et

d'épanouissement, il n'en reste pas moins que Clinebell a réussi un exploit majeur : celui de présenter une synthèse claire des différents aspects de cette profession et d'inspirer plusieurs générations de professionnels. En ce sens, l'œuvre de Clinebell demeurera à jamais une référence dans le domaine et un exemple concret d'optimisme et d'espoir.

## CHAPITRE III

### HENRI NOUWEN

Nous abordons le troisième et dernier auteur de notre recherche, Henri Nouwen. Comme lors des chapitres précédents, nous présenterons d'abord sa biographie et le contexte socio-historique dans lequel il a évolué. Par la suite, il sera question de sa vision du rôle que doit occuper le pasteur et l'aidant ainsi que des aptitudes et des valeurs essentielles à appliquer dans leur pratique. En terminant, nous présenterons les objectifs visés par l'approche de Nouwen ainsi que ce qu'il considère comme étant les erreurs à éviter.

#### 3.1 Biographie

Henri Jozef Machiel Nouwen est né à Nijerk, en Hollande, le 24 janvier 1932. Sa naissance fut difficile et l'on craignit à la fois pour sa vie et pour celle de sa mère durant les trois jours que dura l'accouchement (Beumer, 1999, p. 15). Fils aîné d'une famille de quatre enfants, il entretiendra un lien solide avec ses parents et en particulier avec sa mère, très religieuse, passionnée de littérature et de mystique (*Idem*, p. 16). Élevé dans un milieu très catholique, Nouwen songe dès son plus jeune âge à devenir prêtre. Son caractère à la fois énergique et réfléchi ainsi que son ambition dans tout ce qu'il entreprend semblent déjà le prédestiner à être un leader charismatique, comme en témoigne Jurjen Beumer (*Idem*, p. 18) : « [L]es enfants

fréquentaient habituellement des gens instruits, qui étaient eux-mêmes des leaders. Tout cela permit à Henri de développer son plein potentiel — spirituel, social et intellectuel. »

Après ses études secondaires, Nouwen s'inscrit au Petit Séminaire d'Aperldoorn, dont le président est le frère de sa mère, son oncle Toon Ramselaar. Cet oncle Toon sera par la suite une figure marquante du dialogue judéo-chrétien d'après-guerre aux Pays-Bas (*Idem*, p. 22). Nouwen complète ensuite les six ans de son Grand Séminaire — deux ans de philosophie et quatre ans de théologie — à Rijsenburg, avant d'être ordonné prêtre en 1957. Loin d'être terminé, le parcours académique de Nouwen se poursuit à travers son intérêt pour la psychologie. Il partit à Nimègue pour étudier cette discipline,

pas tant pour sa valeur scientifique que parce qu'il sentait intuitivement que cette science (...) s'occupait de questions qui revêtaient une extrême importance pour l'Église et pour la théologie (surtout la théologie pastorale), des questions qui avaient été repoussées beaucoup trop à l'arrière-plan. Le côté purement humain de la foi était beaucoup trop emmêlé dans les structures et les rites de l'Église qui menaçaient, du point de vue pastoral, d'étouffer le développement humain (Beumer, 1999, p. 22-23).

Toujours à la recherche de nouvelles expériences enrichissantes pendant ses études, Nouwen s'engage pour quelque temps comme aumônier, d'abord dans l'Armée, puis sur les navires de la ligne Hollande-Amérique, offrant un soutien moral et spirituel aux immigrants ayant tout quitté dans l'espoir d'une vie meilleure (*Idem*, p. 24). Ces voyages en Amérique lui donnèrent l'occasion de rencontrer le psychologue Gordon Allport, professeur à Harvard, avec lequel il a des points communs : « À l'opposé des tendances du temps en psychologie, Allport était (...) intéressé à la religion et à la psychologie pastorale. Cela coïncidait avec les intérêts constants de Nouwen » (*Idem*, p. 25). À la suggestion de Gordon Allport, et une fois ses études terminées à Nimègue, Nouwen s'inscrit au programme de religion et psychiatrie à l'Institut

Menninger à Topeka, au Kansas. Jurgen Beumer dresse le portrait suivant de cette institution :

L'Institut Menninger était le berceau de la psychologie pastorale, et plus particulièrement du développement de programmes pour la formation en pastorale clinique. Aujourd'hui, la plupart des centres de formation en théologie, en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest, ont intégré cette discipline dans leur curriculum. Il convient de noter que l'étudiant ne s'occupe pas seulement de théorie, mais qu'il doit faire des stages pratiques dans un hôpital ou une institution psychiatrique sous la direction d'un superviseur (Beumer, 1999, p. 25).

Nouwen apprécie grandement le climat de cohabitation entre la psychologie et la théologie à l'Institut Menninger, chose qui était alors impossible dans son pays natal en raison des tensions entre ces deux disciplines. Ce contexte lui permet de s'épanouir davantage au niveau intellectuel et de faire d'autres rencontres enrichissantes. C'est ainsi qu'en août 1964 il rencontre Anton Boisen, alors âgé de 88 ans. Nouwen restera marqué par cet entretien au Elgin Hospital, au cours duquel il put constater à la fois la souffrance et la fragilité du vieil homme, mais aussi la ténacité de sa passion pour la théologie, les grandes questions auxquelles les malades sont confrontés. « Who is God? », demande-t-il à Nouwen sans sourciller, avant de lui fournir sa propre réponse : « God is the internalisation of the highest values of our social relationships, and Jesus Christ is the man in which the apostles found these highest values represented » (Nouwen, 1964, p. 1-2, cité dans De Bono, 2012, p. 157). Nouwen quittera le chevet de son prédécesseur avec un intense sentiment de gratitude, qu'il exprime en ces termes dans le compte-rendu de leur rencontre : « [S]eeing a man so closely and being able to experience how a deep wound can become a source of beauty in which even the weaknesses seem to give light is a reason for thankfulness » (1964, p. 3, cité dans De Bono, 2012, p. 156).

C'est également à cette époque que Nouwen se fait inviter par le psychologue catholique John Santos à venir enseigner au tout nouveau département de psychologie de l'Université Notre Dame. Il accepte et y enseigne entre autres la psychologie clinique, la psychologie de la religion et la psychologie pastorale, de 1966 à 1968 (*Idem*, p. 27). En dépit de sa notoriété croissante aux États-Unis, Nouwen tient à retourner aux Pays-Bas afin de mettre à contribution ses expériences et développer des programmes mixtes où peuvent cohabiter théologie et psychologie. « Il avait développé une bonne intégration de la psychologie et de la théologie pratique, et une attention spéciale pour la spiritualité du pasteur » (*Idem*, p. 28). Parmi les personnes qui l'ont grandement influencé à cette époque, nous retrouvons Anton T. Boisen, fondateur du CPE (*Idem*).

De retour aux Pays-Bas, Nouwen enseigne à l'Institut uni de pastorale d'Amsterdam et à l'Institut théologique catholique d'Utrecht. Cependant, les tensions entre la psychologie et la théologie sont toujours présentes dans ce milieu; Nouwen refuse de choisir l'une de ces deux disciplines au détriment de l'autre. Il se rend compte que les thèmes qui l'intéressent vraiment et qui se trouvent à la jonction entre psychologie et théologie ne peuvent être développés à leur plein potentiel aux Pays-Bas (*Idem*, p. 30). C'est alors qu'il reçoit une autre invitation d'une université américaine de renom : Yale. Nouwen y voit l'occasion de travailler sur ce qui le passionne, tout en se désolant que le climat universitaire de son pays natal ne le permette pas, du moins pour l'instant. C'est le début d'une période très féconde pour lui qui durera dix ans, de 1971 à 1981. La direction de Yale, consciente d'avoir mis la main sur une figure importante de l'époque, lui consentit dans son contrat un poste permanent après trois ans seulement ainsi qu'une grande liberté intellectuelle et académique (*Idem*, p. 31). Nouwen publia une dizaine d'ouvrages au cours de ses années à Yale, incluant *The Wounded Healer* (1972) dont il sera question dans ce chapitre.

L'écriture très personnelle de Nouwen lui a permis de rejoindre un public large et varié, en s'adressant au dénominateur commun de tout un chacun : son humanité (Beumer, 1999, p. 32-33). Le refus de se donner le rôle du maître et de l'expert, ainsi que l'importance de la solitude dans ses écrits ont probablement contribué à faire de lui un auteur apprécié. En effet, les mots « humanité » et « solitude » sont pour Nouwen indissociables. La solitude intrinsèque de la condition humaine ainsi que le chemin solitaire que chacun doit parcourir constituent l'un des points focaux de sa spiritualité<sup>10</sup>. Dans *Les trois mouvements de la vie spirituelle*, il partage une réflexion en ce sens : « J'ai appris beaucoup, mais le temps est venu de réaliser que ni les parents, ni les maîtres, ni les conseillers ne peuvent faire plus que d'ouvrir un espace libre et amical où chacun doit découvrir sa propre voie solitaire » (Nouwen, 1998 [1975], p. 8).

Le contrat que Nouwen avait négocié avec Yale lui permettait de prendre plusieurs périodes de repos pour voyager ou se ressourcer. C'est ainsi qu'il passa plusieurs mois dans un monastère à Pifford, dans l'État de New York. « Libre de toutes ses attaches familiales et de ses engagements, il voulait s'examiner lui-même pour se demander qui il était vraiment, qui était Dieu pour lui et ce que Dieu voulait de lui » (Beumer, 1999, p. 44). En 1972, il visite pour la première fois l'Amérique latine. Il se rend également à Rome, en 1978, pour travailler comme chercheur en résidence. Sa mère s'éteint cette même année, ce qui l'affecte beaucoup. Séparés par un océan, ils avaient pris l'habitude de s'écrire fréquemment; voilà que la solitude se manifestait à nouveau dans sa vie.

Après plusieurs années d'enseignement à Yale, d'écriture et de réflexion, Henri Nouwen se sent prêt pour de nouveaux défis. Fasciné par l'Amérique latine, par le bouillonnement culturel et social qu'on y retrouvait à l'époque, Nouwen décide

---

<sup>10</sup> Voir le lexique pour une définition de la spiritualité selon Nouwen.

d'aller s'y installer. Un désir nouveau de poser des gestes concrets dans des sociétés minés par la pauvreté et l'injustice s'installe chez lui, comme l'explique Beumer : « La spiritualité de Nouwen commençait à acquérir des traits de critique sociale, ce qui n'avait pas été prononcé chez lui jusque-là. (...) Nouwen développa donc une spiritualité d'engagement social » (*Idem*, p. 53). Il est enthousiaste quant à son avenir sur ce continent et décide d'habiter au Pérou. Pourtant, il change d'avis après quelques mois. Beumer croit que Nouwen « avait voulu se fixer beaucoup trop vite, quoiqu'il ait souvent entendu des gens dire qu'il fallait bien des années pour s'adapter » (*Idem*, p. 57). Il retourne donc aux États-Unis, où il enseigne pendant près de trois ans.

En 1986, à la demande de son ami Jean Vanier, fondateur des communautés de l'Arche — où résident ensemble des personnes souffrant de handicaps mentaux et leur personnel soignant —, Nouwen s'installe en tant que pasteur dans la collectivité de Daybreak, en banlieue de Toronto. Au cours des dix dernières années de sa vie passées dans cette communauté, Henri Nouwen continue d'écrire et d'approfondir sa spiritualité, aidé en cela par les liens importants qu'il entretient avec les personnes handicapées ainsi que par quelques lourdes épreuves, dont une dépression majeure et un grave accident de la route qui faillit lui coûter la vie. C'est d'ailleurs à la surprise de tous qu'il meurt le 21 septembre 1996, à l'âge de 64 ans. Considéré par plusieurs — dont Howard Clinebell — comme un auteur incontournable du 20<sup>e</sup> siècle dans le domaine de la spiritualité, Henri Nouwen a su, par son rapport intime avec la solitude, aider des milliers de personnes à apprivoiser la leur.

### 3.2 Contexte socio-historique

Nous ne reviendrons pas sur le contexte socio-historique des années 1960 aux États-Unis : nous l'avons abordé précédemment dans le chapitre portant sur son collègue contemporain Howard Clinebell. Soulignons néanmoins l'impact qu'eurent les luttes de cette époque sur Nouwen, plus particulièrement celle des droits civiques. Jurjen Beumer ne manque pas de souligner ce fait: « Nouwen participa, en 1965, à la grande marche organisée par Martin Luther King, de Selma à Montgomery. Il en fut profondément touché. (...) Peu à peu, il en vint à saisir le climat spirituel et politique des États-Unis » (*Idem*, p. 26-27). Ces années tumultueuses constituent un point tournant à la fois pour ce pays et pour ce prêtre hollandais solitaire, comme l'illustre Henderson : « Like Nouwen, the country was seeking for a new understanding of itself. It was looking for new cohesiveness and a new way for all people to belong » (Henderson, 1994, p. 15). Nouwen, à cette époque, étudie en Amérique, mais n'a pas encore pris la décision de s'y installer pour de bon. C'est d'ailleurs le contexte socio-historique des Pays-Bas et de l'Europe de l'Ouest qui va l'amener à prendre cette décision; c'est pourquoi nous estimons qu'il est important de s'y attarder.

À la suite du concile Vatican II, l'Europe subit de grandes transformations. La sécularisation déferle avec force et ébranle les fondements de la société. Beumer est d'avis que ce mouvement « eut un impact plus grand en Europe de l'Ouest qu'en Amérique du Nord » (*Idem*, p. 38). En effet, pour ce biographe européen, les Américains demeurent très religieux et ne semblent pas avoir subi les tempêtes séculières de la même façon qu'en Europe. Aux Pays-Bas, par contre, les bouleversements sont immenses. Les facultés de théologie et les Églises sont divisées : d'un côté, il y a ceux qui voient d'un bon œil l'avènement de cette nouvelle société laïque, et de l'autre, il y a ceux pour qui cette réforme représente l'anéantissement de tout ce qui leur est sacré (*Idem*). Beumer explique bien le malaise de Nouwen dans ce contexte:

Nouwen ne se sentait pas chez lui dans ce climat agité et destructeur. Des luttes considérables s'étaient engagées où des inimités personnelles jouaient assez souvent un rôle et où l'on en venait aux coups. Ce n'était pas un temps propice à l'introspection (...). Il ne restait presque plus d'espace pour que l'extérieur (la solidarité) écoute l'intérieur (l'intime), la communion secrète entre Dieu et la personne. Voilà ce que Nouwen avait en vue : explorer l'unité entre l'externe et l'interne et en faire l'objet de sa réflexion. (Beumer, 1999, p. 38-39).

Cette polarisation des opinions jusque dans les milieux universitaires laisse peu de place aux réflexions théologiques et spirituelles si chères à Nouwen. Par contre, aux États-Unis, ses écrits gagnent en popularité, son nom circule dans les milieux académiques. C'est donc vers l'Amérique que se tourne Nouwen, laissant derrière lui une Europe qui ne faisait qu'entamer son long processus de sécularisation. À la fin des années 1990, Jurjen Beumer écrit : « [C]'est maintenant seulement, en cette fin de siècle, que les écrits de Nouwen sont de retour dans les Pays-Bas et les autres pays d'Europe de l'Ouest » (*Idem*, p. 40). Le biographe est convaincu que Nouwen n'aurait pas pu développer sa pensée et sa spiritualité s'il était demeuré en Hollande. À l'abri des grands déchirements, sans toutefois les nier, Henri Nouwen a pu produire des œuvres presque intemporelles qui nous font réaliser aujourd'hui, à l'ère de la solitude technologique, notre besoin de rapprochement et de chaleur.

### 3.3 Approche de soins spirituels de Henri Nouwen

Maintenant que nous avons situé le contexte socio-historique dans lequel a évolué Henri Nouwen, nous allons pouvoir examiner son approche de soins spirituels et de *care*. Pour ce faire, nous nous servons de deux livres, *The Wounded Healer* (1972) et *Prendre soin des autres — Une spiritualité du « care »* (2012). Ce dernier texte, publié 16 ans après sa mort, est en fait une compilation de passages d'où ressort sa vision du soin et du *care*, comme l'explique l'éditeur John S. Mogabgab : « Henri

Nouwen n'a jamais écrit de livre sur le *care*. Et pourtant, pratiquement tout ce qu'il a écrit, prêché ou enseigné parlait de la sollicitude à avoir envers la douleur fichée dans l'existence humaine » (Nouwen, 2012, p. 75). C'est cette même sollicitude envers la douleur qui émerge dans *The Wounded Healer*, bien que ce livre soit en principe destiné au clergé, comme en témoigne le sous-titre, *Ministry in Contemporary Society*. À l'instar de John Mogabgab, nous sommes d'avis que, malgré l'absence d'ouvrage spécifique sur les soins spirituels ou le *care*, une approche pertinente et digne de ce nom dans ce domaine émerge de l'oeuvre Nouwen. Cette partie de notre recherche aura comme objectif de rapiécer et de présenter cette approche. S'il est parfois question dans ce chapitre du pasteur, de l'aumônier ou de l'aidant — parfois des deux ou trois à la fois — pour définir ceux à qui s'adresse cette approche, c'est que nous croyons que la profession d'intervenant en soins spirituels comporte des éléments importants de ces rôles distincts. En utilisant ces trois termes, nous restons fidèles aux écrits de Nouwen tout en faisant ressortir les éléments clés qui s'apparentent aux soins spirituels d'aujourd'hui.

### 3.3.1 Rôle du professionnel

Ces trois rôles, occupés par Henri Nouwen à différents moments de sa vie, n'en sont en fait qu'un seul pour lui : offrir du *care* à ceux qui en ont besoin. Le *care*, qu'on peut traduire par « prendre soin » ou « se soucier de », est selon nous au cœur des soins spirituels. Voici l'explication de Nouwen :

Le mot anglais *care* trouve son origine dans le mot haut allemand ancien *kara*, qui signifie : se lamenter, pleurer, participer à la souffrance, compatir. (...) *To care* (...), c'est protester avec ceux qui sont malades, désorientés, seuls, isolés et oubliés, et c'est reconnaître leurs douleurs dans notre propre cœur. (...) Vivre le *care*, c'est être présent à ceux qui souffrent, et rester présent même quand on ne peut rien faire pour changer leur situation (Nouwen, 2012, p. 15).

Pour être en mesure de « prendre soin » de quelqu'un et de lui offrir du *care*, le pasteur, l'aumônier ou l'aidant doit posséder des caractéristiques inhérentes à son rôle. Nous avons identifié les caractéristiques essentielles mises de l'avant par Nouwen et les présenterons dans les paragraphes suivants. Ces caractéristiques sont intimement liées entre elles, mais nous avons tenté de les traiter séparément.

### 3.3.1.1 La vulnérabilité

Si le fait d'aider quelqu'un et de lui fournir des soins peut être extrêmement difficile, accepter de l'aide l'est tout autant, sinon plus. Nouwen voit, dans cette vulnérabilité de part et d'autre de la relation, « une chance de guérison intérieure, de libération et de transformation autant pour celui qui est l'objet du soin que pour celui qui en donne » (*Idem*, p. 16). Le pasteur, l'aumônier et l'aidant doivent être en mesure de reconnaître cette vulnérabilité, cette impuissance. Jeff Sharp décrit l'importance qu'accorde Nouwen aux doutes et aux incertitudes : « Henri emphasized the radical notion that grappling with one's own doubts and uncertainties was an essential aspect of living a meaningful and creative life » (Sharp, 2004, p. 504). Un pasteur autoritaire, un aumônier faussement en contrôle de ses émotions ou un aidant qui garde ses distances ne seront pas en mesure de créer les conditions nécessaires pour que puisse apparaître « un lien spirituel qui contient des possibilités nouvelles d'épanouissement mutuel et de guérison intérieure » (*Idem*). Car c'est bien de cela dont il est question pour Nouwen : la guérison intérieure — au sens de « healing » chez Clinebell — que recherchent à la fois l'aidé et l'aidant. Un pasteur, aumônier ou aidant qui nierait son propre désir de libération et de guérison ne serait pas un bon candidat pour ce rôle.

### 3.3.1.2 La compassion

La vulnérabilité et la solitude des pasteurs, des aumôniers et des aidants favorisent l'apparition d'un sentiment essentiel à leur rôle : la compassion. Face à la douleur et à la souffrance, le premier réflexe de l'être humain n'est pas la compassion : nous cherchons d'abord à l'éliminer, puis, si nous en sommes incapables, à la fuir. Il incombe aux pasteurs et aux aidants d'être capables de compassion, malgré les difficultés reliées aux réflexes susmentionnés. Toute trace de jugement doit être éradiquée pour que puisse apparaître la compassion, nous dit Nouwen, car cette dernière nous permet de voir en nous les faiblesses et les blessures des autres :

« Through compassion it is possible to recognize that the craving for love that people feel resides also in our own hearts, that the cruelty the world knows all too well is also rooted in our own impulses. (...) When they kill, we know that we could have done it; when they give life, we know that we can do the same. For a compassionate person nothing is alien : no joy and no sorrow, no way of living and no way of dying (Nouwen, 2010 [1972], p. 45). »

L'autorité des pasteurs, des aumôniers et des aidants ne peut qu'être faite de compassion selon Nouwen (*Idem*, p. 46), puisque celle-ci transcende les langues, les statuts sociaux et les niveaux d'éducation. La compassion permet aux personnes souffrantes d'envisager le pardon, de se libérer de leur honte, de faire l'expérience de leur culpabilité et de retrouver espoir (*Idem*).

Nouwen est conscient que le chemin de la compassion n'est pas simple. Les aumôniers et les aidants doivent continuellement prendre soin de leur vie à l'extérieur de leurs fonctions, car la lourde charge émotionnelle reliée à leur travail s'ajoute à leurs responsabilités de tous les jours:

Nos vies sont remplies et nos fardeaux quotidiens sont lourds. (...) Peut-être avons-nous le sentiment de ne pas être écoutés ou reconnus comme un lien nécessaire avec les médecins. Peut-être avons-nous aussi le sentiment d'être marginalisés par les équipes de soins primaires (...). Enfin, (...) nous pouvons nous sentir critiqués tant par les patients que par les membres de leur famille (...) (Nouwen, 2012, p. 33).

La compassion doit cohabiter, au sein d'une sorte d'équilibre, avec la vulnérabilité et la solitude de l'aumônier ou de l'aidant. Ces trois éléments constituent les ingrédients clés pour que le lien particulier entre l'aidant et l'aidé puisse apparaître. En acceptant sa vulnérabilité et sa solitude, l'aumônier ou l'aidant rejoint la personne souffrante dans sa propre vulnérabilité et sa propre solitude. La compassion peut alors être ressentie par la personne aidée.

### 3.3.1.3 Articulation de la vie intérieure

Henri Nouwen accorde une grande importance à la « vie intérieure », particulièrement dans un contexte où les figures divines qui se situaient jadis « là-haut » ont été dissoutes dans nos sociétés sécularisées (Nouwen, 2010 [1972], p. 41). Toute l'attention entourant la spiritualité est désormais tournée vers l'intérieur. Toutefois, dit Nouwen, notre spiritualité intérieure possède le même potentiel — positif et négatif — que les figures divines et démoniaques dépeintes par la plupart des religions : « [J]ust as the God outside could be experienced not only as a loving father but also as a horrible demon, the God within can be not only the source of a new creative life but also the cause of chaotic confusion » (*Idem*). C'est pourquoi Nouwen considère qu'un autre élément important du rôle des pasteurs et des aumôniers est d'être à l'aise face à la grande confusion que ressent une personne lorsqu'elle commence à explorer sa « vie intérieure ».

Afin d'être en mesure d'accueillir les autres dans ces moments parfois magnifiques, parfois terrifiants, les pasteurs et les aumôniers doivent, d'une part, avoir complété l'exploration de leur propre vie intérieure et, d'autre part, être en mesure de nommer les expériences qu'ils ont vécues et de les expliquer. C'est ce que Nouwen appelle « l'articulation de la vie intérieure » : « This articulation, I believe, is the basis for a spiritual leadership of the future, because only those who are able to articulate their own experiences can offer themselves to others as sources of clarification » (*Idem*, p. 42-43). Les « leaders spirituels », tels que compris par Nouwen, sont donc des éclaireurs. Ayant plongé à l'intérieur d'eux-mêmes, ils sont en mesure de rassurer ceux qui effectuent leur propre voyage. Le lien qui se crée alors, nous dit Nouwen, devient « a deep human encounter in which people are willing to put their own faith and doubt, their own hope and despair, their own light and darkness at the disposal of others (...) » (*Idem*, p. 43). Un pasteur ou un aumônier incapable d'effectuer ce voyage intérieur n'est pas en mesure d'accompagner les autres sur leur propre chemin, et par conséquent ne peut pas remplir adéquatement son rôle.

#### 3.3.1.4 Les trois principes du leadership spirituel

Henri Nouwen identifie trois principes servant à guider le pasteur ou l'aumônier dans leur rôle de leader spirituel : 1- le souci des autres; 2- l'importance donnée au sens et à la valeur de la vie; 3- l'espoir. Nous développerons *rapidement* ces trois principes.

Nouwen déplore le fait que les personnes qui sont à la recherche d'une oreille attentive, d'un mot d'encouragement, de pardon ou même d'un aveu d'impuissance trouvent que les pasteurs et les aumôniers sont souvent des gens distants qui s'impliquent peu émotionnellement (*Idem*, p. 77). Il insiste sur le fait que la distance saine que doit garder le leader spirituel ne doit pas interférer avec son souci d'autrui :

« [N]one of us can help anyone without becoming involved, without entering with our whole person into the painful situation, without taking the risk of becoming hurt, wounded, or even destroyed in the process » (*Idem*). Les leaders spirituels doivent placer leur souci des autres au-dessus de tout et ils doivent être en mesure de prendre le temps qu'il faut pour les accompagner, quitte à déplacer des rendez-vous, des réunions ou d'autres activités planifiées. C'est en exprimant ce souci pour autrui et en posant des gestes concrets que les leaders spirituels — pasteurs, aumôniers, professionnels — se distinguent des autres et incarnent leur rôle particulier.

Le deuxième principe que se doit de respecter le leader spirituel, soit le fait d'accorder de l'importance à la valeur et au sens de la vie, se traduit par un émerveillement constant devant chaque rencontre, chaque événement. La simple visite de l'aumônier ou de l'intervenant doit permettre cette anticipation, cette reconnaissance de potentiel : « The encounter between (two people) in a crisis situation therefore is not an accidental event but a direct appeal to both of them to discover the basic search of the human heart » (*Idem*, p. 81). Chaque moment passé en compagnie d'une autre personne, particulièrement une personne souffrante, doit être perçu comme porteur d'un sens (*insight*) nouveau, de nouvelles promesses (*Idem*, p. 80).

L'espoir dont doivent faire preuve les leaders spirituels est ce qui permet l'existence des deux principes précédents, croit Nouwen : « Without hope, we will never be able to see value and meaning in the encounter with a decaying human being and become personally concerned » (*Idem*, p. 82). Le vrai leadership, pour Nouwen, consiste à rejoindre — difficilement, en convient-il — les personnes souffrantes dans leur peur de mourir. Seul l'espoir permet un tel accompagnement au cœur de ce territoire inconnu et effrayant.

Voilà ce qui complète notre survol du rôle du pasteur, de l'aumônier et de l'aidant tel que vu par Henri Nouwen. Nous présenterons maintenant les différentes aptitudes et valeurs au centre de son approche.

### 3.3.2 Aptitudes et valeurs à développer

Comme nous l'avons souligné précédemment, Henri Nouwen n'a jamais écrit d'ouvrage comme tel sur le *care* ou sur les soins spirituels. Les aptitudes et les valeurs présentées dans cette partie de notre recherche ne sont donc pas nécessairement identifiées comme telles dans les ouvrages d'origine. Cependant, une fois réunies, nous croyons qu'elles démontrent leur pertinence dans le cadre de ce travail.

#### 3.3.2.1 L'abandon

Comme le dit Nouwen : « Donner du soin et donner un remède sont deux choses clairement distinctes » (Nouwen, 2012, p. 45). Comment alors donner du soin, surtout dans une société et une culture qui favorisent les résultats concrets et les statistiques? Il faut avant tout accepter de n'être la source d'aucune guérison physique, dit Nouwen :

Si, en tant qu'aidants, nous sommes principalement préoccupés par la guérison physique, nous n'aurons jamais beaucoup de satisfaction avec des malades chroniques ou mourants. Pour la bonne raison qu'ils ne cessent de nous confronter aux limites de notre pouvoir de guérison et à la réalité incontournable de la mort. (Nouwen, 2012, p. 46-47).

En entrant en relation avec une personne souffrante, l'aidant ou l'aumônier est confronté à ses propres limites, ses propres blessures et sa propre impuissance. La première étape du *care* consiste à renoncer à « réparer ce qui est cassé, restaurer ce qui est détruit, réunir ce qui est disjoint et guérir ce qui est malade » (*Idem*, p. 45). Cet abandon permet à l'aumônier ou à l'aidant d'« être » avec la personne souffrante, sans se sentir obligé de « faire » quelque chose (*Idem*, p. 48). Ce « lâcher prise » permet aux professionnels et aux personnes souffrantes de se rejoindre en tant qu'êtres vulnérables et blessés.

### 3.3.2.2 De l'isolement à la solitude

Henri Nouwen est d'avis que les blessures personnelles des pasteurs, aumôniers et aidants constituent l'une de leurs principales forces dans une relation de *care* : « [T]hose who proclaim liberation are called not only to *care* for their own wounds and the wounds of others, but also make their wounds into a major source of healing power » (Nouwen, 2010 [1972], p. 88-89). Mais quelles sont ces blessures dont parle Nouwen? Les mots « aliénation », « séparation », « isolement » et « solitude » ont souvent été utilisés pour les décrire, selon lui (*Idem*, p. 89). Nouwen s'attarde particulièrement au mot « isolement » :

« We live in a society in which loneliness has become one of the most painful human wounds. The growing competition and rivalry that pervade our lives from birth have created in us an acute awareness of our isolation. This awareness has in turn left many with a heightened anxiety and an intense search for the experience of unity and community. It has also led people to ask anew how love, friendship, brotherhood, and sisterhood can free us from isolation and offer us a sense of intimacy and belonging (Nouwen, 2010 [1972], p. 89). »

Henri Nouwen fait une distinction entre deux niveaux différents de solitude, comme l'explique Beumer : « En français, on peut les distinguer en traduisant loneliness par « isolement » et solitude par « solitude » » (Beumer, 1999, p. 98). Pour Nouwen, nous venons de le voir, l'isolement constitue l'une des pires douleurs humaines. Par contre, il considère la solitude comme un concept spirituel doté d'un grand potentiel positif. La clé, pour Nouwen, consiste à transformer l'isolement douloureux en solitude féconde (*Idem*, p. 100). L'isolement, que plusieurs tentent de fuir par diverses méthodes — psychothérapies, expériences de groupe, séminaires, conférences, etc. — constitue au contraire pour Nouwen un précieux trésor lorsqu'on arrive à en faire de la solitude : « I think that the wound of loneliness is actually like the Grand Canyon—a deep incision in the surface of our existence that has become an inexhaustible source of beauty and self-understanding » (Nouwen, 2010 [1972], p. 90).

Nouwen s'intéresse particulièrement à l'isolement des pasteurs et des aumôniers, puisque la nature même de leur profession approfondit à la fois cette douleur chez eux et leur capacité de le transformer en solitude. En effet, dans les hôpitaux, les aumôniers sont davantage tolérés que requis. Dans les pénitenciers, où le désir de liberté se fait criant, ils se sentent inutiles et impuissants. Dans les villes et les paroisses, ils ne sont pas pris au sérieux (*Idem*, p. 92). Toutes ces réalités inhérentes au statut social des pasteurs et des aumôniers — un statut relativement nouveau issu de la sécularisation— ajoutent une profondeur particulière à leur solitude. Nouwen décrit bien ce sentiment douloureux :

« The painful irony is that ministers, who want to touch the center of peoples' lives, find themselves on the periphery, often pleading in vain for admission. They never seem to be where the action is, where the plans are made and the strategies discussed (Nouwen, 2010 [1972], p. 92). »

La tentation est grande de fuir cet isolement, de le nier, de le cacher. Mais Nouwen est formel : il constitue sans doute la plus grande force des pasteurs et des aumôniers, leur permettant, s'ils l'appivoisent, de le transformer en solitude bienfaitrice, en une intarissable source de guérison. Pour Nouwen, la solitude de chacun est à la fois extrêmement intime et universelle. Cette thématique — le plus personnel rejoint le plus universel — inspirée de Carl Rogers revient souvent chez lui (Beumer, 1999, p. 149); peut-être est-ce l'un des ingrédients de sa popularité? Cependant, comme l'explique Beumer, cela ne veut pas dire qu'on peut « traiter » l'isolement de quelqu'un :

[N]otre prochain peut nous aider dans nos isolements, mais notre solitude est une chose que nous devons organiser nous-mêmes; il s'agit du cheminement spirituel de chaque personne. Dans presque tous ses livres, Nouwen met en garde contre cette illusion que notre entourage peut supprimer notre isolement (Beumer, 1999, p. 100).

Les pasteurs et les aumôniers doivent être en mesure d'accepter et d'approfondir cette solitude afin de pouvoir reconnaître et accueillir celle des autres. En effet, Nouwen est d'avis que, lorsque la solitude est bien vécue et bien intégrée dans la vie d'un professionnel, elle devient source de guérison :

« It is healing because it takes away the false illusion that wholeness can be given by one to another, (...) because it does not take away the loneliness and the pain of others, but invites them to recognize their loneliness on a level where it can be shared. (...) Many people suffer because of the false supposition (...) that there should be no fear or loneliness, no confusion or doubt. But these sufferings can only be dealt with creatively when they are understood as wounds integral to our human condition (Nouwen, 2010 [1972], p. 98-99). »

En valorisant sa solitude et en s'en servant comme moyen de créer un espace réconfortant et accueillant, l'aidant ou l'aumônier aide la personne souffrante à prendre conscience de sa propre solitude et à l'appivoiser pour en faire quelque

chose de créatif. Cet aspect de l'approche de Nouwen — le passage de l'isolement à la solitude et le fait de voir cette dernière comme une force positive — se démarque parmi les courants de pensée de notre époque, comme l'explique Jurjen Beumer : « (...) Nouwen adoptait une position opposée à l'approche psychologique dominante de notre temps. Il n'entendait pas supprimer l'isolement humain existentiel mais, en dernière analyse, il voulait y voir une source pour chaque vie (...) » (Beumer, 1999, p. 101). Nouwen utilise la solitude pour défaire chez les personnes souffrantes les illusions d'immortalité et d'intégralité (*wholeness*). Ayant lui-même été très affecté par la solitude au courant de sa vie (*Idem*, p. 103), Henri Nouwen en a fait l'un de ses sujets de prédilection. La liberté pour lui ne peut débiter sans la reconnaissance de cette solitude, de notre condition permanente d'être incomplets et brisés (Nouwen, 2010 [1972], p. 99).

### 3.3.2.3 L'hospitalité

Nous avons vu comment les aumôniers, pasteurs et aidants doivent être en mesure de transformer leur isolement en solitude positive et de s'en servir dans leur relation d'aide. Qu'en est-il des autres catégories de blessures personnelles? Comment les professionnels peuvent-ils les intégrer à leur pratique? Nouwen admet que c'est une question délicate en raison du caractère intime de ces blessures et du contexte professionnel de la relation d'aide : « For when we want to put our wounded selves in the service of others, we must consider the relationship between our professional and personal lives » (Nouwen, 2010 [1972], p. 94). D'un côté, dit-il, les pasteurs et les aumôniers ne peuvent cacher leur expérience de vie à ceux qu'ils veulent aider, contrairement aux médecins, par exemple, qui peuvent très bien exceller dans leur domaine malgré l'état de leur vie personnelle. De l'autre côté, il faut éviter de se servir de ces blessures comme d'un prétexte pour faire de l'exhibitionnisme, « for

suffering people are not helped by those who tell them that they have the same problems » (*Idem*). Pour que nos blessures personnelles deviennent une source de guérison pour les autres, selon Nouwen, nous devons être conscients de leur provenance, c'est-à-dire de la condition humaine partagée par tous :

« Making one's own wounds a source of healing, therefore, does not call for a sharing of superficial personal pains, but for a constant willingness to see one's own pain and suffering as rising from the depth of the human condition we all share. (Nouwen, 2010 [1972], p. 94-95). »

C'est dans cette optique que Nouwen interprète l'hospitalité : afin d'accueillir adéquatement la personne souffrante et de la faire sentir comme chez elle, il faut être en mesure de créer un espace sacré où la solitude, la vulnérabilité et l'abandon sont les bienvenus et sont compris comme provenant d'une même source, soit notre humanité commune. L'hospitalité n'est pas facile à offrir; l'aumônier ou l'aidant doit être en mesure de se concentrer sur la personne, de lui accorder toute son attention sans se laisser manipuler par ses propres intentions. Nouwen l'explique clairement: « As soon as our intentions take over, the question no longer is "Who is he? " but "What can I get from him? " —and then we no longer listen to what he is saying but to what we can do with what he is saying » (*Idem*, p. 96). L'hospitalité sincère ne peut exister sans concentration : il faut être capable de se concentrer sur soi-même, sur sa vie intérieure, sa « maison », sans se laisser distraire par nos problèmes et nos sources d'anxiété. Une fois que l'aidant est à l'aise et confortable avec sa vie intérieure, avec « sa maison », il peut y accueillir les autres sans se sentir envahi. Henri Nouwen exploite encore cette notion d'espace lorsqu'il affirme :

« [B]y withdrawing into ourselves, not out of self-pity but out of humility, we create a space for others to be themselves and to come to us on their own terms. (...) Then our presence is no longer threatening and demanding, but inviting and liberating (Nouwen, 2010 [1972], p. 97-98). »

Cet espace, cette hospitalité est suffisante pour aider la personne souffrante, pour prendre soin de l'étranger à qui on l'offre. L'hospitalité n'implique rien d'autre que cet espace libre avec lequel la personne fait ce qu'elle veut : elle peut se rapprocher, s'éloigner, parler ou se taire, revenir ou s'en aller (*Idem*, p. 98). L'hospitalité devient une source de guérison pour les personnes souffrantes parce qu'elle leur permet de se concentrer sur une réalité incontournable : leur solitude.

#### 3.3.2.4 Écoute, empathie et *care*

Aspects incontournables du *care* selon Nouwen, l'écoute et l'empathie sont des aptitudes que les pasteurs, les aumôniers et les aidants doivent posséder. Une écoute sincère par un interlocuteur intéressé est un cadeau d'une grande valeur, nous dit-il, car « c'est grâce à l'auditeur que nous découvrons que nous avons une histoire à raconter » (Nouwen, 2012, p. 35). Le fait de raconter son histoire en se sentant libre et accueilli permet également d'en approfondir sa compréhension, d'en comprendre la complexité, de réaliser son importance en tant que « pièce unique de la mosaïque de l'existence humaine » (*Idem*) et par conséquent de la respecter et de se l'approprier. Le professionnel de la relation d'aide, de son côté, découvre au cours de cette même interaction des échos à l'intérieur de sa propre vie. Nouwen explique bien cet aspect de l'écoute active :

Quand j'écoute, je n'écoute pas seulement *une histoire*, mais aussi *avec une histoire*. C'est exactement sur l'arrière-plan de ma propre histoire limitée que je découvre la singularité de l'histoire que j'ai le privilège d'entendre. (...) Après qu'une histoire est racontée et reçue avec sollicitude, la vie des deux personnes est devenue différente. (Elles) ont découvert le caractère unique de leur histoire, et toutes les deux sont devenues partie intégrante d'une nouvelle association. Par l'écoute, nous découvrons que la relation d'aide ne fait pas la différence entre douleur et pas douleur, mais entre douleur et douleur partagée (Nouwen, 2012, p. 36-37).

Cette douleur, pour la personne souffrante, est bien sûr une conséquence de sa maladie, qu'elle soit physique ou mentale. Cependant, sous cette douleur pathologique s'en cache une autre : celle causée par la honte et la gêne de devoir demander de l'aide, d'avoir besoin de soins, d'être incapable de s'occuper de soi. Il faut beaucoup de temps pour que la personne puisse retrouver un niveau de bonheur satisfaisant, mais ce bonheur demeure possible et peut même atteindre des niveaux qui excèdent tous ceux que la personne a vécus antérieurement. Nouwen est d'avis que cette perte d'autonomie et d'intimité ainsi que ce potentiel de bonheur à long terme doivent toujours être présents dans les pensées de l'aidant ou de l'aumônier lorsqu'il désire offrir du soin à quelqu'un : « notre soin compatissant doit toujours inclure la conscience empathique de la souffrante intime et de la béatitude exceptionnelle de ceux auxquels nous offrons du soin » (Nouwen, 2012, p. 39).

Être en mesure de s'abandonner à la vulnérabilité, de reconnaître sa solitude et de s'en servir pour créer un espace sacré pour l'autre afin de lui offrir son hospitalité, un endroit où il pourra se raconter et se sentir compris : voilà les aptitudes mises de l'avant par Henri Nouwen dans sa pratique de pasteur, d'aumônier et d'aidant. Il sera maintenant question des objectifs à atteindre et des erreurs à éviter dans l'exercice de ces fonctions.

### 3.3.3 Objectifs visés et erreurs à éviter

De prime abord, nous pourrions supposer que les objectifs à atteindre et les erreurs à éviter diffèrent pour un pasteur, un aumônier ou un aidant. Pourtant, dans la pratique des soins spirituels, ces trois professions visent les mêmes objectifs. C'est du moins ce dont témoigne Henri Nouwen qui fut pasteur, aumônier et aidant.

### 3.3.3.1 Objectifs visés : liberté et joie

Pour Nouwen, la réalisation des objectifs que la personne souffrante cherche à atteindre dépend de la capacité qu'a l'aidant de les poursuivre également. En effet, plus ce dernier pourra reconnaître ses peurs, ses angoisses et ses réflexes face à la maladie et à la mort, plus la personne souffrante sera en mesure de faire de même. En reconnaissant sa vulnérabilité, son impuissance et ses doutes, le professionnel est en mesure de donner du vrai soin à la personne souffrante. Se libérer de toutes ces choses que l'on croit contrôler, en les acceptant plutôt qu'en tentant de les combattre, voilà ce que recherche Nouwen :

En acceptant de bonne grâce notre incapacité à maîtriser l'inévitable et d'être, nous aussi, promis à une mort certaine, nous devenons libres pour être de vrais aidants — des gens qui n'essaient pas principalement de guérir physiquement, mais plutôt de prendre soin dans le sens le plus profond de ce mot (Nouwen, 2012, p. 47).

Cette liberté n'est pas un mirage, dit Nouwen. C'est une réalité qu'il est possible de voir apparaître au centre de l'espace accueillant que l'on crée pour l'autre. Car donner de l'espace, c'est donner de la liberté. Offrir son hospitalité, c'est permettre à l'autre d'en faire ce qu'il veut, même de la refuser. L'objectif du pasteur, de l'aumônier ou de l'aidant n'est pas de guider les personnes souffrantes dans la bonne direction, mais de leur permettre d'explorer plusieurs nouvelles directions. Nouwen exprime cela très clairement : « Those searching for new modes of immortality in the middle of a fragmented and dislocated existence, (...) they are all asking for space in which they can move without fear and enjoy the freedom to discover new directions » (Nouwen, 2010 [1972], p. 105).

Lorsque cette liberté se fait sentir, entre autres à travers la compassion dénuée de tout jugement offert par les aumôniers et les aidants, ces derniers ressentiront une grande joie, comme l'explique Nouwen : « [L]'une des plus belles caractéristiques de la vie de compassion, c'est qu'il s'y trouve toujours une réciprocité entre donner et recevoir. (...) La joie est le cadeau secret de la compassion » (Nouwen, 2012, p. 31). L'objectif des professionnels en relation d'aide, selon Nouwen, est d'être en mesure d'accepter cette joie que leur offrent, dans l'intimité, les personnes souffrantes malgré leur douleur : « C'est un secret connu par un petit nombre de gens, un secret à découvrir et à redécouvrir », (Beumer, 1999, p. 165-166).

### 3.3.3.2 Erreurs à éviter

Bien que les erreurs à éviter dans la pratique des soins et du *care* ne soient pas toujours présentées comme telles dans les textes de Nouwen, il est assez simple de les identifier à partir des aptitudes et valeurs mentionnées précédemment.

L'erreur principale à éviter selon Nouwen, c'est de refuser de regarder en face ses propres faiblesses, ses propres blessures et son impuissance. Une personne qui n'est pas en mesure d'effectuer ce « voyage intérieur » ne pourra pas créer un espace invitant ni faire preuve de compassion. Les personnes qui évitent de regarder leurs points faibles ne peuvent pas non plus être en paix avec leur solitude, ni aspirer à être libres et joyeux dans leurs interactions avec les personnes souffrantes. Lorsqu'on fuit sa propre souffrance, il est impossible d'accueillir celle des autres sans constamment chercher à la fuir.

Une autre erreur à éviter, selon Nouwen, est de se laisser entrainer par la culture des résultats concrets — de ce qu'il faut « faire » — alors que le *care* découle avant tout de ce que l'on « est ». Nouwen met explicitement en garde contre ce danger lorsqu'il écrit:

On considère les médecins comme des bons guérisseurs quand les patients qui sont entrés dans l'hôpital sur des civières en sortent sur leurs deux pieds. On perçoit les psychologues comme compétents quand leurs clients se sentent moins troublés après le traitement qu'avant lui. (...) Que nous soyons ou non dans une profession sociale, nos perceptions inconscientes de l'aide-soignant professionnel peuvent nous amener à rattacher notre identité davantage à ce que *nous faisons* qu'à ce que nous *sommes* (Nouwen, 2012, p. 45-46).

Il est facile d'oublier cela en milieu hospitalier, où chaque statistique compte et où chaque professionnel doit savoir ce que « font » les autres. Or, l'identité des professionnels du *care* — et a fortiori ceux du *spiritual care* — ne peut se définir ainsi. Kyle Henderson explique pourquoi : « It is the attempt to offer a “relevant self” instead of one's true self » (Henderson, 1994, p. 184). Le ministre, l'aumônier et l'aidant font fausse route s'ils tentent d'offrir autre chose que leur être véritable. C'est pour cette raison qu'il faut faire preuve de vigilance et garder en tête cette spécificité reliée à l'« être ».

Cette difficulté en cache une autre, plus subtile encore : la tentation de trop vouloir se spécialiser. En effet, Nouwen remarque que les leaders spirituels contemporains expriment de plus en plus leur désir de suivre davantage de cours et de formations. Bien qu'il reconnaisse et comprenne ce désir exprimé par les professionnels, Nouwen met tout de même en garde ceux qui y accorderaient une trop grande importance :

« [T]he danger is that instead of becoming free to let the spirit grow, (they) may entangle themselves in the complications of their own assumed competence and use their specialism as an excuse to avoid the much more difficult task of being compassionate (Nouwen, 2010 [1972], p. 46). »

Les cours et les formations fournissent bien sûr des connaissances utiles, dit Nouwen, mais ce ne sont pas des solutions aux questions spirituelles que se posent les pasteurs, aumôniers et aidants dans l'exercice de leurs fonctions (*Idem*, p. 47).

Nouwen met également en garde les ministres contre l'« individualisme spirituel ». La tentation est grande pour certains leaders de se laisser emballer par leur statut particulier ainsi que par l'ambition de gravir les échelons au sein de leurs institutions. Cette soif de succès et de visibilité éloigne les ministres et aumôniers de leur véritable objectif, celui d'offrir ses services aux autres, comme en témoigne Henderson : « Ambition becomes a bond leading one away from those who are chained by poverty and despair. This selfish spirituality places the minister's desires above all else and it leads only back to the self » (Henderson, 1994, p. 180). Nouwen considère que l'ambition et la recherche de gloire sont des obstacles à la relation d'aide, car les personnes souffrantes sont sensibles à la distance et au détachement qui en découlent.

Les objectifs à atteindre et les erreurs à éviter mis de l'avant par Henri Nouwen ont l'avantage d'être à la fois généraux et limpides. Si l'« intérieur » et l'« être » sont des notions qui peuvent éventuellement sembler ésotériques et floues, elles sont claires sous la plume de Nouwen, sans doute à cause de ses années d'expérience de *care* et d'enseignement.

### 3.4 Conclusion

À travers ses écrits et grâce à son humilité, Henri Nouwen a réussi à toucher des milliers de personnes et à ramener au premier plan des réalités souvent éclipsées dans le domaine du *care* et de la relation d'aide, telles la vulnérabilité, la souffrance et la solitude des aidants. Cette vulnérabilité et cette solitude, Nouwen en a lui-même fait la douloureuse expérience tout au long de sa vie. Il a souvent tenté de se soustraire à cet isolement, de l'esquiver, réflexes normaux d'un mortel devant la souffrance comme le note Jurjen Beumer : « Il reconnaissait très bien la tendance à y échapper (...). Cependant, il avait aussi compris qu'on n'aboutit nulle part avec ces fuites souvent inconscientes; au contraire, elles conduisent de plus en plus loin de chez soi (...) » (Beumer, 1999, p. 103). Son habileté à écrire au sujet de ces souffrances liées à la condition humaine et sa capacité d'en parler en public auraient pu laisser croire qu'il en était venu à bout, qu'il avait réussi à dompter ces peurs et ces blessures. Au contraire, Henri Nouwen n'a jamais cessé d'être tourmenté par elles et a continué d'écrire à leur sujet jusqu'à la fin de sa vie, comme en témoigne Richard Griffin : « In these writings, especially in his journals, he emerges as a man who had to struggle with personal issues too tortuous to resolve. In fact, this spiritual master seems never to have known much peace of soul » (Griffin, 2008, p. 314). Malgré son succès en tant qu'auteur, conférencier, enseignant, prêtre et aidant, Henri Nouwen entretenait des doutes récurrents quant à la valeur de son travail et de ses idées. Peut-être cette insatisfaction constitue-t-elle l'une des causes de ses déplacements fréquents et de ses nombreux changements de carrière et d'orientation (*Idem*, p. 315).

L'approche de soins mise de l'avant par Henri Nouwen est d'une simplicité étonnante, et pourtant, comme le souligne Richard Griffin, « many social workers and other professionals in the field of providing *care* have difficulty grasping it » (*Idem*). Car s'il est facile de comprendre l'importance de notre solitude et de nos blessures personnelles en tant qu'aidant, il est beaucoup plus difficile de laisser les personnes

souffrantes entrer à l'intérieur de nos vies. Griffin est catégorique lorsqu'il paraphrase la pensée de Nouwen : « you must allow the receiver of services to enter into your own life » (*Idem*, p. 316). Par exemple, les aidants qui prennent soin de personnes âgées doivent, selon l'approche de Nouwen, se reconnaître comme des êtres vieillissants et être en mesure de ressentir cette douleur. Cette résonance entre la souffrance de la personne malade et celle de l'aidant est ce qui permet de révéler et de franchir toutes les barrières psychologiques qui nous séparent habituellement des autres : des phrases creuses, des comportements artificiels, un besoin constant de « faire » quelque chose pour la personne, de lui fournir des conseils, etc. Griffin explique très bien ce phénomène :

« As Nouwen says, it is no secret that many of our suggestions, advice, admonitions, and good words are often offered in order to keep distance rather than to allow closeness. When we are primarily concerned with giving (...) people something to do, offering them entertainment and distractions, we might avoid the painful realization that most people do not want to be distracted but heard, not entertained but sustained. (Richard Griffin, 2008, p. 317). »

Les études en psychologie de Nouwen, son admiration pour Thomas Merton et Carl Rogers, son ouverture, son tempérament contemplatif et mystique, ses idées au sujet de la souffrance inhérente à la condition humaine et des spéculations entourant son homosexualité lui ont valu des critiques de la part de différentes organisations évangéliques<sup>11</sup>. Gordon Mursell (1998, p. 233) lui reproche également une certaine improvisation lyrique dans ses formulations, dont le sens exact semble difficile à cerner : « [T]oo often he appears to fall back on rhapsodic or rhetorical phrases whose precise meaning is hard to pin down. »

<sup>11</sup> <http://www.wayoflife.org/database/nouwen.html> ;  
<http://www.crossroad.to/Quotes/spirituality/lighthouse/trails/09/11-yungen-merton.htm> ;  
[http://www.christiandiscernment.com/Christian Discernment/CD PDF/General/04 Nouwen.pdf](http://www.christiandiscernment.com/Christian%20Discernment/CD%20PDF/General/04%20Nouwen.pdf)  
 (consultés le 18 février 2013)

Pour Kyle Henderson, une autre faiblesse de l'approche de Nouwen découle de son statut de prêtre et d'enseignant vedette. En effet, dit Henderson, ce mode de vie particulier l'éloigne des problèmes vécus par la majorité des gens et des responsabilités qu'ils portent : « His almost rootless existence with the freedom to travel gives further testimony of his disconnectedness with most people » (Henderson, 1994, p. 214). La vie de Nouwen, passée à voyager et à changer de décor, est certes hors du commun et peut justifier un tel questionnement sur la simplicité de ses idées en opposition aux existences plus compliquées des personnes n'ayant pas la chance et le loisir d'être libre de toute responsabilité. Mais, hormis ces quelques voix discordantes, l'appréciation générale de l'œuvre de Nouwen est indéniable. En plus d'inspirer d'innombrables prêtres, pasteurs, aumôniers, aidants et autres professionnels de la relation d'aide, ses écrits et son approche méritent d'être examinés avec attention dans le cadre des soins spirituels cliniques au Québec.

## CHAPITRE IV

### COMPARAISON DES APPROCHES — CONVERGENCES ET DIVERGENCES

Maintenant qu'ont été présentées les trois approches de Boisen, Clinebell et Nouwen, nous procéderons à une comparaison des éléments qui les constituent. Pour ce faire, nous examinerons d'abord les convergences que nous avons relevées parmi les approches de nos trois auteurs. Par la suite, nous procéderons de même avec les divergences qui émergent de cette comparaison. En conclusion, nous tenterons de dresser un portrait global de ce qui transparaîtra de cette comparaison et, du même fait, de ces approches qui constituent des piliers des soins spirituels américains du XXe siècle.

#### 4.1 Convergences

Il nous est à présent possible d'entamer la comparaison des approches respectives d'Anton Boisen, de Howard Clinebell et de Henri Nouwen. Ces auteurs, nous l'avons vu, sont issus de milieux différents; leurs expériences personnelles et professionnelles ont marqué de façon significative leur vision de la relation d'aide et de la spiritualité, ainsi que les différentes manières de conjuguer ces deux domaines. Nous commencerons par souligner les convergences que nous avons relevées dans leurs approches. Afin de faciliter ce processus, nous conserverons les mêmes catégories utilisées lors de la présentation individuelle des différents auteurs, à savoir : le rôle du

pasteur et de l'intervenant, les aptitudes et valeurs à développer, les objectifs visés par l'approche et les erreurs à éviter.

#### 4.1.1 Points communs entre les trois auteurs

Dans les paragraphes qui suivent, nous soulignerons les points de convergence présents chez nos trois auteurs. Au-delà des différents titres et fonctions occupées par les professionnels dont parlent Boisen, Clinebell et Nouwen — pasteur, ministre, aumônier, professionnel en counseling pastoral, etc. — nous sommes d'avis que certains points relatifs à leurs idées et à la vision du leadership spirituel qu'ils expriment se rejoignent et méritent d'être abordées.

##### 4.1.1.1 Présence sur les unités de soin et rôle au sein d'une équipe interdisciplinaire

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre de notre recherche (1.3.2.2), c'est la vision et le travail acharné d'Anton Boisen qui a permis, en 1925, la mise sur pied du premier stage clinique pour les étudiants en théologie. Boisen ne désirait pas simplement établir un contact entre les patients et les apprentis théologiens afin que ceux-ci puissent faire l'expérience de véritables situations de souffrance et de la maladie : le contact avec les autres disciplines de l'équipe traitante constituait pour lui l'autre moitié tout aussi importante de son initiative. En effet, selon Boisen, la théologie ne peut se comprendre que dans un contexte interdisciplinaire, d'où l'importance de ce double contact avec les patients et les équipes traitantes. Ross Snyder témoigne de ce point crucial dans la pensée de Boisen :

« If we are to do theology well, not only must we keep ourselves in the midst of intense destiny experiencing, but it must be done in an interdisciplinary staff. (...) Boisen made clear that theologizing is an interdisciplinary effort focused upon the lived moments of people desperately struggling to constitute a life world. The critical point is that in theological education theology itself must be an interdisciplinary effort (Snyder, 1968, p. 10). »

Ce côté interdisciplinaire inhérent aux stages de CPE mis sur pied par Boisen sera présent ipso facto dans l'ensemble du mouvement à travers son évolution, y compris chez les deux autres auteurs. Pour Howard Clinebell, fervent avocat d'une approche holistique et globale en santé, la place du ministre formé en counseling pastoral est parfaitement justifiée au sein d'une équipe interdisciplinaire :

« The holistic health movement can provide new bridges of communication and collaboration among those in the healing professions, including the ministry. It can lead to an increased awareness of the centrality of spiritual health in whole-person wellness, and the importance of well-trained ministers in that dimension of healing (Clinebell, 1984 [1966], p. 214). »

Henri Nouwen, quant à lui, ne se prononce pas directement sur la pertinence des aumôniers sur les unités de soin et à l'intérieur des équipes interdisciplinaires. Il traite plutôt le sujet comme si c'était quelque chose d'acquis et parle plutôt de ce qui découle de cette réalité. En effet, Nouwen accorde un chapitre complet de son livre *The Wounded Healer* (2010 [1972], p. 53-83) à la relation entre un apprenti aumônier en stage de CPE et un patient qui se déroule sur une unité de soins. L'importance de ce lien dans le traitement du patient est implicite et justifie la présence des aumôniers sur les étages des hôpitaux. Par la suite, lorsqu'il aborde le sujet de la solitude, Nouwen décrit celle ressentie par les aumôniers et les ministres dans plusieurs sphères de leur vie professionnelle, incluant leur rôle dans un contexte hospitalier interdisciplinaire et le sentiment d'être inadéquat qui l'accompagne souvent : « In hospitals, where many utter their first cry as well as their last words, ministers are often more tolerated than required » (Nouwen, 2010 [1972], p. 92). Toutefois, comme

nous l'avons vu plus haut (3.3.3.2), Nouwen voit d'un bon œil le côté douloureux de cette solitude professionnelle au sein d'une équipe interdisciplinaire et le considère comme un atout important. La présence au sein de ces équipes et sur les unités de soin constitue donc un élément clé du rôle des professionnels en soins spirituels tel que compris par Boisen, Clinebell et Nouwen.

#### 4.1.1.2 Le savoir expérientiel du professionnel

L'un des aspects particuliers qui distingue le parcours d'Anton Boisen se trouve à la jonction de sa vie personnelle et professionnelle. En effet, le premier épisode psychotique dont il souffrira à l'âge de 44 ans constitue le point de départ de ce qui deviendra les stages cliniques en théologie. Son intérêt pour la recherche scientifique et les études de cas l'amène à s'analyser lui-même pour tenter d'expliquer et de comprendre cet événement troublant (Nouwen, 1968, p. 52). Cette double identité d'aumônier et de patient et les connaissances uniques qui en découlent lui permettront d'élaborer ses théories et de les valider, en plus de lui fournir l'inspiration nécessaire pour créer un programme de stages inédit, comme en témoigne Henri Nouwen :

« He never would have become the productive chaplain if he had not been so familiar with the world of the patient through his own experience. (...) [H]is own suffering offered him the core insights of the clinical training movement and became the source of inspiration for new views in the psychology of religion (Nouwen, 1968, p. 50). »

Le savoir expérientiel occupe une place de choix dans la conception qu'a Anton Boisen de la théologie, comme nous l'avons vu dans le chapitre qui lui est dédié (1.3.3.2). Connaître la souffrance et comprendre les bouleversements spirituels majeurs vécus par les malades se trouvent au cœur de ses préoccupations, étant donné que ces éléments constituent pour lui la pierre angulaire de sa vie personnelle et

professionnelle. Boisen considère que le pasteur ou le ministre qui voudrait offrir ses services aux malades devrait avoir fait l'expérience de la souffrance ainsi que d'une certaine « force spirituelle » qui nous remplit, qui nous transcende et qui nous relie aux autres, comme l'explique Ross Snyder :

« [T]he minister must be present as a man of *religious quality* who has himself gone through turmoil and experienced a power not altogether under his own control that is working to make him whole within and whole with all men everywhere. Only a person with this kind of peace can be a researcher in the religious life in the Boisen way (Snyder, 1968, p. 11). »

Clinebell est aussi d'avis que les professionnels du *pastoral care* doivent rester en contact avec leur expérience de la souffrance, et plus précisément avec les émotions qui y sont reliées. Le fait d'avoir vécu des choses difficiles, d'avoir connu des « creux » personnels, permet un espace précieux où la souffrance est acceptée et accueillie. La souffrance de l'autre « résonne » grâce à ces creux, du moment qu'on ne tente pas de les cacher ou de les enfouir. Les professionnels du *pastoral care* qui n'utilisent pas ce savoir expérientiel pour approfondir leur relation avec la personne souffrante sont grandement désavantagés, comme le souligne Clinebell : « They are limited in their ability to experience "resonance", the responsive chord between two persons that makes possible relating in depth, including therapeutic relating » (Clinebell, 1984 [1966], p. 78).

Ce savoir expérientiel et cette capacité de revisiter ses propres sentiments douloureux se traduisent davantage par une présence que par une habileté à être empathique, précise Clinebell (*Idem*, p. 77). En d'autres mots, ce que Clinebell valorise, ce n'est pas tant le fait d'être capable de se brancher sur les émotions de la personne souffrante, mais plutôt le fait d'« être » à ses côtés, une aptitude facilitée par le savoir expérientiel de celui ou celle qui a traversé des épreuves pénibles et en est ressorti grandi. La notion de croissance, chère à Clinebell, s'apparente-t-elle à la « force »

d'intégralité dont parle Snyder au sujet de Boisen (1969, p. 11)? On peut le penser, surtout lorsque Clinebell parle d'une certaine force, d'un élan de vie et de croissance :

« All human beings have a deep need and striving to develop their full, authentic personhood. This growth élan is the basic motivation and source of energy for all potentializing. (...) Various terms have been used in discussing what I am calling potentializing : individuation, self-actualisation, becoming, self-realization, etc. (Clinebell, 1995, p. 28-29). »

Howard Clinebell considère donc que les professionnels du *pastoral care* et du *growth counseling* sont des catalyseurs de croissance chez les autres lorsqu'ils sont capables de communiquer, par leur présence et leur savoir expérientiel de la souffrance.

Henri Nouwen, quant à lui, fait du savoir expérientiel de l'aumônier et du ministre le point focal de son approche sous les traits du « wounded healer ». En effet, comme nous l'avons vu précédemment (3.3.1.3), l'exploration de sa propre « vie intérieure » constitue pour Nouwen le point de départ obligé pour les pasteurs, les aumôniers et les professionnels qui désirent devenir des leaders spirituels dans un contexte de relation d'aide. Jeff Sharp résume bien la pensée de Nouwen à ce sujet : « A critical aspect of spiritual leadership is the ability to articulate the movements of one's inner life and offer oneself to others as a source of clarification » (Sharp, 2004, p. 506). La capacité d'offrir une hospitalité empathique et de se concentrer sur la personne qu'ils accueillent permet aux professionnels d'utiliser ce savoir expérientiel de façon réconfortante sans pour autant faire preuve d'exhibitionnisme. Sharp explique le succès de Henri Nouwen par sa capacité de promouvoir cet équilibre : « His popularity reflected his gift for describing his own psychological and spiritual struggles in a manner that was comforting and inspiring to others » (*Idem*, p. 504).

#### 4.1.1.3 Les croyances religieuses : une lame à double tranchant

Une autre idée qui semble être partagée par nos trois auteurs est celle qui présente les croyances religieuses comme quelque chose pouvant causer autant de tort que de bien, dépendamment de la compréhension qu'en ont les professionnels et les personnes souffrantes ainsi que de la manière dont ils en tiennent compte. Pour Boisen, les croyances religieuses teintent souvent la conception d'elle-même qu'entretient la personne malade ainsi que sa compréhension de ce qui est bien ou mal, ce qui peut exacerber les sentiments négatifs comme la culpabilité et l'isolement. Nous avons vu (1.3.1) que, pour Boisen, la tentative de restructuration intérieure que constitue la maladie mentale est souvent causée par une question d'ordre religieux, qu'il décrit comme une rupture entre la personne et son « idée de Dieu », c'est-à-dire ce qu'elle perçoit comme étant la représentation absolue de ses valeurs et de ses relations (Steere, 1969, p. 365). Toutefois, Boisen affirme également que le chemin du rétablissement dans de tels cas passe lui aussi par les croyances religieuses, d'où l'importance des professionnels dans ce domaine. Ce passage de Steere démontre que Boisen s'intéresse aux croyances de la personne, ainsi que

« the actual operation of these beliefs in the person's life situation. In what do they result : in life or in death? Do they serve to aid the person in reorganizing his life, providing a center of integration about unified efforts, goals and values? Or do they function to bring about further disorganization and deterioration (Steere, 1969, p. 365)? »

Boisen souligne donc le double potentiel de guérison et de destruction des croyances religieuses. Pour lui, les théologiens possèdent des connaissances qui s'avèrent essentielles dans les cas où l'organisation intérieure de la personne est touchée, au même titre que les médecins et les psychologues. Seward Hiltner résume ici la position de Boisen: « He is convinced that, in examining the depths (as well as the

heights) of human experience of the "inner world", we are studying not only psychology but theology as well » (Hiltner, 1953, p. 155).

Howard Clinebell est lui aussi conscient du double potentiel des croyances religieuses et de l'importance pour le professionnel de faire preuve de discernement dans un contexte de relation d'aide. De plus, Clinebell considère que les croyances pathogènes sont répandues et qu'elles sont extrêmement nuisibles : « Religious beliefs that diminish wholeness by reducing self-esteem and increasing guilt and fear are widespread in our society » (Clinebell, 1984 [1966], p. 120). Nous avons vu (2.3.3.4) que Clinebell met en garde les pasteurs et les professionnels du *pastoral care* contre une utilisation destructrice des croyances religieuses et des textes sacrés. En se servant de la Bible comme exemple, Clinebell décrit comment un pasteur pourrait en faire une utilisation destructrice : « It can be quoted in a legalistic way by pastors to buttress their sagging authority, manipulate counselees to conform to rigid moralizing, and justify life-constricting attitudes toward issues such as sex and divorce » (*Idem*, p.127).

Afin d'éclairer les professionnels du *pastoral care* sur une utilisation appropriée des textes religieux et axée sur la croissance, Clinebell dresse une liste de conseils dont voici les plus pertinents dans le cadre de ce chapitre: 1) N'utiliser des textes et un vocabulaire religieux qu'une fois avoir pris conscience des problèmes de la personne, de son histoire personnelle, de ses sentiments et de son attitude face à la religion. 2) Avant d'utiliser de la littérature religieuse, comme la prière ou la lecture de textes sacrés, demander à la personne s'il serait pertinent de le faire. 3) Si de telles ressources traditionnelles sont utilisées, fournir par la suite un espace où la personne pourra communiquer les pensées et les émotions qui émergent. 4) Utiliser la littérature religieuse pour approfondir, enrichir et renforcer une relation, et non comme substitut à une relation. 5) Ne jamais se sentir obligé s'utiliser des textes religieux. (Clinebell, 1984 [1966], p. 122-123).

Howard Clinebell est conscient du potentiel à la fois destructeur et libérateur des croyances et des pratiques religieuses : « Our spiritual lives can be crippling or creative, entrapping or liberating of our wholeness. Our religious beliefs and practices can be a weight on our spirit or wings by which we soar! » (Clinebell, 1988, p. 14 cité dans Seeber, 2008, p. 73). Il revient au professionnel du *pastoral care*, selon lui, d'être attentif, à la fois chez lui et chez les personnes souffrantes, aux croyances et aux attitudes religieuses contraignantes qui entravent le chemin de la guérison.

Henri Nouwen partage ces préoccupations concernant le double potentiel des croyances religieuses en les examinant sous l'angle de l'exploration que fait une personne de sa « vie intérieure ». Nous avons vu (3.3.1.3) que, pour Nouwen, les images présentant le divin comme étant « là-haut » ou « partout » ont plutôt laissé place à une compréhension intérieure de la spiritualité dans la société contemporaine. Rappelons également que, pour Nouwen, la religion et la spiritualité sont deux facettes (extérieure et intérieure) de la même relation qu'entretient la personne avec Dieu. Suite au déplacement de l'extérieur vers l'intérieur, Nouwen est d'avis que l'on retrouve encore à l'intérieur de nous-mêmes les différentes figures divines et démoniaques qui étaient auparavant comprises comme étant extérieures. En effectuant un « voyage intérieur », on se retrouve à la fois face à des représentations aimantes et compatissantes, telle une affectueuse figure parentale, et devant nos démons intérieurs, qui incarnent la confusion et le chaos. L'univers intérieur d'une personne est donc à la fois porteur de paix, de croissance et de bonheur, ainsi que de destruction et de douleurs horribles. De surcroît, dit Nouwen, plusieurs manières d'entamer l'exploration de notre voyage intérieur sont possibles et offertes, ce qui rend la situation encore plus complexe pour ceux qui voudraient répondre à cet appel intérieur :

« We hardly need emphasize how dangerous the experimentation with the interior life can be. Drugs, as well as different concentration practices and withdrawal into the self, often do more harm than good. On the other hand it is also becoming obvious that those who avoid the painful encounter with the unseen are doomed to live a supercilious, boring, and superficial life. Therefore the first and most basic task of contemporary ministers is to clarify the immense confusion that can arise when people encounter this internal world (Nouwen, 2010 [1972], p. 41-42). »

Nouwen, en parlant d' « interior life » et d'« internal world», fait écho à l' « inner world » de Boisen et corrobore sa position selon laquelle les pasteurs et les ministres ont un rôle important à jouer dans ce contexte. Pour Henri Nouwen, rappelons-le, ce rôle consiste à servir en quelque sorte d'éclaireurs pouvant offrir du soutien à ceux qui s'aventurent dans cette voie.

En définitive, nous croyons toutefois pouvoir affirmer que la reconnaissance pour le professionnel du double potentiel des croyances religieuses constitue un point commun dans leurs approches respectives.

#### 4.1.1.4 Actualiser la profession sans renier son passé historique

En mettant sur pied des stages cliniques pour ses étudiants, où l'accent est mis sur les « documents humains » et sur la collaboration interdisciplinaire plutôt que sur les ressources bibliques classiques, Anton Boisen bouleverse les traditions et ouvre la porte à une nouvelle forme de théologie axée sur l'expérience de la personne souffrante. Pour certains, comme Thomas Oden, ce changement de direction favorise l'inclusion de concepts psychologiques, ce qui constitue une grave erreur :

« Oden considers this trend an unhappy one for the church and sees the culprit behind all this as the tendency of pastoral counselors to adapt their (...) accomodationist mode towards psychology. For him, it all began with

Boisen's tendencies to assimilate Freud into his own thought (Armour, 1994, p. 43). »

D'autres, comme Hobart Mowrer, reconnaissent l'influence grandissante de la psychologie à cette époque, mais placent plutôt Boisen du côté des défenseurs d'une théologie classique en relation d'aide : « Mowrer greatly admired Boisen and, rather than interpreting him as being accommodating to Freud, perceived him as a voice crying in the wilderness against Freudian incursions » (Armour, 1994, p. 46). Au-delà de cette apparente contradiction entourant le rôle de Boisen dans l'introduction de concepts psychologiques dans le domaine de la théologie se trouve à notre avis une question plus large : en tant que théologien et clinicien s'intéressant principalement aux maladies mentales et au contexte interdisciplinaire, Anton Boisen pouvait-il se permettre d'ignorer les concepts nouveaux amenés par la psychologie? Pour Armour, la reconnaissance de Freud et des avancées en psychologie par Boisen était inévitable dans un contexte de modernité; considérer Boisen comme un traître envers la théologie classique serait absurde :

« Boisen was clinical in perspective and an empiricist. As such, he accepted some, but not all of Freud's findings. This was not because he blindly assimilated these notions, but rather because he found that his own study and experience, as well as that of his mentors had yielded the same or similar results. (...) Boisen accepted many of the implications of modernism, and some of these were the adaptation of psychological and Freudian language and conceptualizations (Armour, 1994, p. 51). »

En incorporant dans sa pratique et dans ses réflexions des concepts et des langages issus de différentes disciplines cliniques, Anton Boisen devient l'un des premiers théologiens à concevoir une approche holistique de la personne dans un contexte de soins (Armour, 1994, p. 139). Ayant fait l'expérience des aumôniers se basant uniquement sur des ressources classiques et traditionnelles, il a voulu actualiser le rôle des professionnels de la religion en concentrant leurs efforts sur l'expérience humaine, expérience qui ne peut être comprise sans ses implications psychologiques,

biologiques et sociales. Boisen ne voyait aucune contradiction entre la théologie et la science, bien au contraire. C'est là l'une de ses plus grandes contributions dans ces deux domaines.

À l'instar de Boisen, Howard Clinebell considère que les avancées considérables en psychologie et en sciences sociales permettent aux professionnels du *pastoral care* d'actualiser leur rôle historique en précisant leur identité spécifique, en élargissant le spectre de leur méthodologie et en collaborant avec les autres disciplines dans l'objectif de venir en aide aux personnes souffrantes (Clinebell, 1984 [1966], p. 17). Clinebell considère qu'une nouvelle ère s'annonce pour les aumôniers et les professionnels du *pastoral care* :

« It is thrilling to realize that we are in a renaissance period in the church's age-old ministry to the burdened. The challenge to each of us is to become a participant and contributor, not a mere observer, in this dynamic movement—a movement that provides fresh responses to the needs of those lying beside our modern Jericho roads, robbed of their self-esteem and beaten by the crises and tragedies of life (Clinebell, 1984 [1966], p. 16). »

Si Clinebell voit d'un bon œil le développement de nouvelles pistes en psychologie et en travail social par exemple, le professionnel du *pastoral care* doit selon lui savoir préserver son rôle spécifique découlant d'une profession historique (Clinebell, 1984 [1966], p. 41). Les autres disciplines doivent enrichir sa compréhension sans altérer son identité professionnelle. Nous avons vu (2.3.3.1) que, pour Clinebell, l'un des apports spécifiques du professionnel du *pastoral care* est justement ce lien avec une longue tradition de relation d'aide pastorale ainsi que l'utilisation des ressources classiques et historiques qui s'y rapportent. L'objectif du professionnel du *pastoral care* selon Clinebell est de favoriser la croissance spirituelle (*spiritual growth*) chez la personne souffrante; étant donné la nature englobante de la dimension spirituelle, une connaissance des thèmes relatifs aux autres disciplines ainsi que des méthodes

qui s'y rattachent constitue un atout et une façon d'actualiser cette profession historique dans une perspective holistique.

Un autre aspect de cette actualisation du rôle historique des aumôniers et professionnels du *pastoral care* dans la pensée de Clinebell découle de l'influence qu'ont eus sur lui le féminisme, l'œcuménisme et les grands mouvements sociaux des années 1960 et 1970. En effet, pour Clinebell, la croissance spirituelle des individus et des sociétés, qu'il considère comme étant la fonction d'origine de la religion, passe obligatoirement par une libération des systèmes hiérarchiques, patriarcaux et autoritaires (Furr, 1985, p. 141 et 144). L'autorité que revendique Clinebell pour les professionnels du *pastoral care* ne peut être décernée par une institution ou une structure hiérarchique : « The dominant authority style advocated in Clinebell's writings is democratic, equalitarian, facilitative and based on competence rather than position » (*Idem*, p. 147). Le contexte historique mouvementé des années 1960 et 1970 aux États-Unis inspire à Clinebell l'image de plaques tectoniques qui se déplacent (Clinebell, 1984 [1966], p. 44); il voit là l'occasion pour les professionnels du *pastoral care* de participer à ces changements et de devenir des instruments de croissance et de libération pour tous.

Ce même contexte historique a inspiré Henri Nouwen dans l'écriture de *The Wounded Healer — Ministry in Contemporary Society*. L'avancement de la technologie, les horreurs des guerres du 20<sup>e</sup> siècle et l'isolement vécu à l'échelle personnelle par une grande partie de la population occidentale ont créé un climat de désespoir et d'anxiété où le potentiel destructeur de l'humanité est devenu une réalité incontournable. Nouwen parle de « dislocation historique » pour qualifier cette nouvelle ère où plus rien n'a de sens, où les codes du passé ont été pulvérisés : « Why should people marry and have children, study and build a *career*; why should they invent new techniques, build new institutions, and develop new ideas—when they doubt if there will be a tomorrow (...) » (Nouwen, 2010 [1972], p. 12). Cette

dislocation a mis un terme aux réalités absolues, aux idéologies auxquelles quelqu'un pouvait adhérer toute sa vie. Nous sommes confrontés quotidiennement, à travers les médias de masse, aux plus grands paradoxes de l'humanité : la richesse et la pauvreté extrême, l'entraide et la violence, le pouvoir de la technologie et son impuissance face aux forces de la nature. Comment trouver un sens à tout cela? Nouwen décrit les conséquences de cette confusion :

« People confronted with all this and trying to make sense of it cannot possibly deceive themselves with one idea, concept, or thought system that would bring these contrasting images together into one consistent outlook on life. "The extraordinary flow of post-modern cultural influences" asks a growing flexibility of those who live in the modern age, a willingness to remain open and live with the small fragments which at the moment seem to offer the best response to a given situation. (...) Those who live in the modern age no longer believe in anything that is always and everywhere true and valid (Nouwen, 2010 [1972], p. 15). »

À la lumière de ce portrait de la société moderne, Nouwen propose une actualisation du rôle traditionnel du ministre dans un contexte de relation d'aide. Cette actualisation repose sur trois éléments : la compassion (3.3.1.2), l'articulation de la vie intérieure (3.3.1.3) et le rôle de « critique contemplatif ». Ce rôle, que Nouwen décrit comme étant centré sur ce qui est essentiel et ultime à une époque où tant d'importance est accordée à des choses insignifiantes (Nouwen, 2010 [1972], p. 49-50), semble référer à une actualisation du concept de transcendance dans le contexte d'une société individualiste axée sur la consommation et la satisfaction des besoins immédiats. Ce qui est clair, c'est qu'à l'instar de Boisen et de Clinebell, Henri Nouwen considère que le rôle historique du ministre en contexte de relation d'aide doit être ajusté, afin de faire face aux nouvelles réalités du monde moderne et d'apporter un soutien efficace aux personnes souffrantes. Certes, les raisons qui motivent ce renouvellement ainsi que la manière de procéder diffèrent quelque peu, mais nous croyons que les idées avancées par nos auteurs se rejoignent à travers leurs époques respectives, époques où la société américaine s'est vue bousculée dans ses

fondements et où une réaffirmation et un réajustement du rôle de pasteur, de ministre, d'aumônier et de professionnel du *pastoral care* étaient nécessaires.

#### 4.1.2 Points communs entre Boisen et Clinebell

Après avoir exploré les convergences qui regroupent les trois auteurs sur lesquels porte notre recherche, nous présenterons maintenant les similitudes observées entre chaque paire de deux auteurs. Nous débuterons en relevant les convergences que nous avons relevées entre Anton Boisen et Howard Clinebell.

##### 4.1.2.1 Spiritualité et religion : répondre à des besoins fondamentaux

Nous avons vu (1.3.2.3) que, pour exprimer ce qu'il veut dire lorsqu'il parle de religion, Boisen préfère parler d'une « idée de Dieu » plutôt que de faire référence directement à une divinité. En effet, pour lui, l'existence de Dieu ne peut être prouvée; par conséquent, au nom de l'objectivité scientifique, il évite de parler de Dieu et préfère utiliser des expressions comme «the idea of God » ou « the Greater-than-self » (Asquith, 1976, p. 123). Ce qui ne signifie pas pour autant que Boisen doute de la réalité de cette forme de transcendance et de la relation qu'entretiennent avec elle les êtres humains, bien au contraire. Pour Boisen, l'idée de Dieu représente bel et bien un fait, comme en témoigne Asquith : « Boisen said that, according to his findings, the idea of God, regardless of what metaphysical reality may be involved, stands for a social and psychological fact of basic importance » (*Idem*, p. 122). Cette idée de Dieu est en quelque sorte un symbole qui renvoie aux conceptions sociales idéales de la personne, conceptions qui découlent de son expérience et auxquelles elle accorde la plus grande importance : « It symbolizes that in the individual's social

experience which he counts of highest value and with which he would be identified. It represents the composite impress of those whom he counts most worthy of love and honor » (Boisen, 1962 [1936], p. 307).

Pour Anton Boisen, chaque être humain possède en lui le désir de se sentir relié à ceux qu'il aime et à ceux auxquels il s'identifie; l'idée de Dieu est le symbole de ce besoin et de cette allégeance (Asquith, 1976, p. 122). Boisen est d'avis que la religion découle directement de ces besoins fondamentalement humains. En étudiant l'expérience religieuse des individus, c'est la nature humaine même ainsi que ses mécanismes de soutien que l'on explore. Ross Snyder présente ici la pensée de Boisen à ce sujet: « He believed (...) that in the study of religious experience, you were discovering what enabled man to be human. What enables man to live in the midst of a precarious and broken world is disclosed in religious experience » (Snyder, 1968, p. 11).

Howard Clinebell partage la vision de Boisen voulant que la religion réponde à des besoins fondamentaux chez l'être humain; il ajoute également le concept de spiritualité. La religion, pour Clinebell, englobe toutes les manières dont les êtres humains répondent à leurs besoins spirituels; une définition large et inclusive, de son propre aveu (Furr, 1985, p. 192-193). Nous avons abordé (2.3.3.3) les besoins spirituels définis par Clinebell ainsi que les liens qu'il établit avec l'anxiété existentielle et la croissance spirituelle des personnes. Pour lui, ces besoins sont inhérents à la nature humaine et ne dépendent pas nécessairement d'une quelconque appartenance religieuse :

« These needs are existential needs in the sense that all people have them. They are basic human needs in the sense that all persons have them, including those most secularized and alienated from institutionalized religion. They are religious needs in that human beings are inherently transpersonal and transcendent and those needs can be adequately satisfied only in relation to

what Tillich called the “vertical dimension”, the ultimate spiritual reality—  
“God” (Furr, 1985, p. 140). »

À l’aide de son approche de *pastoral care*, Clinebell cherche à favoriser la croissance spirituelle des personnes, particulièrement celle des personnes souffrantes, blessées et bloquées dans cette croissance. Malgré son bagage chrétien et protestant, Clinebell cherche à développer une vision trans-institutionnelle, trans-confessionnelle et même non-confessionnelle de la spiritualité, une vision pouvant interpeller tous les êtres humains (Furr, 1985, p. 192). Cette volonté repose sur la conviction profonde que la croissance spirituelle est à la base de toutes les formes de croissance chez l’Homme, car elle porte sur les choses qui touchent directement la nature humaine : « Spiritual growth is at the heart of all human growth because it has to do with those things that most clearly define us as being distinctively human » (Clinebell, 1995, p. 18-19).

#### 4.1.2.2 Culpabilité

Nous avons vu précédemment (1.3.2.4) l’importance qu’accorde Boisen à la culpabilité chez la personne souffrante ainsi que le rôle que doit jouer l’aumônier, selon lui, dans son désamorçage. Boisen considère que la culpabilité s’apparente au concept de « péché » (Boisen, 1962 [1936], p. 307) et que, pour cette raison, elle comporte un aspect théologique en traduisant le sentiment d’être isolé et en conflit avec son « idée de Dieu ». Glenn Asquith explique bien cette idée : « While sin may be equated with the sense of guilt and is often the result of self-blame, it still carries with it the sense of isolation from the idea of God » (Asquith, 1976, p. 131). De plus, Anton Boisen considère que l’incapacité de faire face à la culpabilité joue un rôle important dans l’apparition de la maladie mentale (Forbes, 2003, p. 14). Il est donc clair que pour Anton Boisen, la culpabilité — en raison de ses implications

pathologiques et théologiques — est un élément central dans sa conception du rôle que doit jouer le théologien ainsi que dans sa compréhension de la maladie mentale.

Howard Clinebell, nous l'avons vu (2.3.2.5), accorde lui aussi une grande importance à la culpabilité dans son approche. En effet, elle représente pour lui l'un des principaux facteurs qui « bloquent » les personnes souffrantes dans leur processus de croissance et de libération. Elle constitue du même fait l'un des points focaux sur lesquels doivent se concentrer les professionnels du *pastoral care*, quelle que soit la nature — saine ou névrosée — de la culpabilité que l'on retrouve chez la personne: Clinebell soulève également le problème de la culpabilité en tant que blessure exploitée par les croyances pathogéniques (2.3.3.3) et s'oppose fermement à toute forme de religion ou de thérapie qui viserait à l'augmenter (Clinebell, 1984 [1966], p. 126-127).

#### 4.1.2.3 Spiritualité et santé mentale

Dans le premier chapitre de notre recherche (1.3.1), nous avons présenté la théorie d'Anton Boisen selon laquelle certaines formes de maladies mentales seraient analogues à des expériences religieuses. Les questions spirituelles liées au sens, aux croyances et à l'identité jouent selon lui un rôle important dans l'apparition de telles maladies. Les propos de Charles Armour nous permettent de revenir sur ce point : « Boisen believed the real etiology for many if not most cases of so-called insanity was a belief crisis. (...) Insanity was an attempt, albeit a pathological one, to make sense out of one's own existence and place in the universe » (Armour, 1994, p. 134).

Cette idée centrale de la pensée de Boisen l'a poussé à développer son approche et à approfondir ses recherches. Écoutons à ce sujet Glenn Asquith : « He felt that this

problem was of great significance not only because of the many people that perhaps could be helped but also because of the religious, psychological, philosophical implications inherent in it » (Asquith, 1976, p. 58). D'abord réfutée par la plupart de ses contemporains pour qui les causes de la maladie mentale ne pouvaient qu'être biologiques, cette théorie a par la suite intéressé plusieurs psychiatres et psychologues confrontés aux limites des explications médicales en santé mentale (Asquith, 1976, p. 61-67). La corrélation entre spiritualité et santé mentale, défendue par Boisen, trouve écho plusieurs décennies plus tard dans les écrits de Howard Clinebell.

En effet, Clinebell établit clairement un lien entre la santé spirituelle et la santé mentale. Les propos de Furr dénotent la solidité de ce lien: « For Clinebell mental health is a key not only for psychological disciplines but for theologians and the life of the church. (...) Spiritual and mental health cannot be separated » (Furr, 1985, p. 133.177). Clinebell est d'avis que certaines formes de maladie sont en partie causées par de la croissance réduite ou bloquée ainsi qu'un sentiment d'échec face à la vie (Hayter, 1983, p. 109). Selon lui, les croyances pathogéniques entravent la croissance et peuvent même causer certaines maladies. Hayter met en lumière ce point de vue : « Clinebell understands pathology—neuroses, psychoses, and personality disorders—as essentially blocked growth or unlived life, subversions and distortions of the enormous creativity that is present in people potentially » (*Idem*, p. 208-209). La religion et la spiritualité « salutogénique », quant à elles, favorisent la liberté intérieure, aident à résoudre les problèmes de culpabilité et d'anxiété existentielle et développent la confiance en soi (Furr, 1985, p. 180-181). Clinebell est catégorique : l'aspect spirituel doit absolument être pris en compte lorsqu'il est question de santé mentale. Gary Furr précise pourquoi : « Even the best clinician fails if the therapeutic experience does not enable the great issues of existence to press into consideration. Therefore, positive mental health cannot be separated from spiritual health » (*Idem*, p. 181).

#### 4.1.2.4 Perspective holistique

En imaginant et en mettant sur pied un programme de stages cliniques pour ses étudiants en théologie, Anton Boisen fut le premier à intégrer la sphère spirituelle et religieuse dans le plan de traitement clinique de patients hospitalisés. Pour lui, les études de cas ne pouvaient être considérées comme complètes si elles ne tenaient pas compte des questions éthiques et théologiques, en plus des facteurs biologiques et psychologiques. C'est pourquoi Charles Armour considère l'approche de Boisen comme étant holistique : « Thus, the implied modality for mental health treatment was essentially holistic » (Armour, 1994, p. 139). Boisen était d'avis que les stages cliniques seraient à la fois bénéfiques pour les communautés religieuses, qui pourraient bénéficier du savoir accumulé par les pasteurs pendant cette étape de leurs études, ainsi que pour les équipes cliniques en milieu psychiatrique. Cette nouvelle formation rendrait possible « a new understanding of the disorders of the mind as well as a deeper understanding of the problems of ordinary people » (Forbes, 2003, p. 42). Pour Boisen, l'aspect théologique est nécessaire à la compréhension globale d'une personne et qu'il doit, à l'instar de toutes les autres sphères, être pris en compte dans l'élaboration des études de cas (*Idem*). Boisen peut donc être considéré comme un pionnier dans l'inclusion du spirituel dans les approches holistiques naissantes de l'époque, allant jusqu'à influencer les domaines du travail social, de la psychologie et de la psychiatrie (Asquith, 1976, 153-156).

Howard Clinebell met également de l'avant une compréhension globale de la personne où la spiritualité joue un rôle fondamental (2.3.2.2) et où la notion de « santé » ne peut se limiter à une absence de maladie. En effet, il considère que la santé et le bien-être ne sont pas quelque chose de statique, mais un processus qui englobe la totalité de la personne. Hayter résume ici la pensée de Clinebell à ce sujet:

« It is the ongoing process of living life fully and fulfilling one's potentialities » (Hayter, 1984, p. 96). Clinebell est d'avis que la réalisation du potentiel humain ne peut se faire sans le développement et la croissance spirituelle. C'est pour lui une composante incontournable d'une véritable approche holistique, à l'instar de celle qu'il propose (*Idem*, p. 97).

Boisen et Clinebell ont tous les deux affirmé qu'une vision globale de l'être humain doit obligatoirement inclure la dimension spirituelle, que des liens existent entre la santé mentale et la spiritualité, que la culpabilité constitue un point focal du travail de l'aumônier ou du « pastoral counselor » et que la spiritualité est inhérente à la nature humaine. Examinons à présent les convergences que nous avons observées entre les points de vue de Howard Clinebell et de Henri Nouwen.

#### 4.1.3 Points communs entre Clinebell et Nouwen

S'ils sont issus de traditions religieuses et de milieux différents, Howard Clinebell et Henri Nouwen ont en commun le contexte historique dans lequel ils ont évolué. Afin d'approfondir davantage la comparaison entre ces deux auteurs, nous avons relevé quelques convergences dans leurs idées.

##### 4.1.3.1 Espace réconfortant et hospitalité

Afin d'optimiser la relation d'aide offerte par le professionnel du *pastoral care*, ce dernier doit être en mesure de créer un espace réconfortant (2.3.2.1), accueillant et sécuritaire, nous dit Clinebell (1984 [1966], p. 84). Cet espace permet à la personne souffrante de partager, à son rythme, des sentiments douloureux sans subir de

pression extérieure ni de jugement de la part de quiconque. Cet environnement rassurant permet une « catharsis émotionnelle » (2.3.2.6) qui représente une étape cruciale dans la plupart des types de counseling; pour Clinebell, c'est ce qui suit cette catharsis qui les distingue (*Idem*). Or, dans le cas du *pastoral counseling* ou du *pastoral care*, il n'est pas nécessaire de faire quoi que ce soit : « Even if counseling goes no further than the stage of emotional catharsis, it can be healing and growth enabling, helping to remove the inner log jams, which block self-acceptance and coping » (*Idem*). L'espace accueillant offert par le professionnel est en quelque sorte auto-suffisant, réduisant la tentation de « faire » quelque chose, ce qui pourrait exercer une pression sur la personne et compromettre son sentiment de sécurité. Le professionnel du *pastoral care* doit être conscient de ses propres réflexes et mécanismes de défense qui le poussent à vouloir conseiller ses patients et interpréter leurs propos.

L'hospitalité, telle que décrite par Henri Nouwen (3.3.2.3), rejoint à notre avis cette idée d'espace réconfortant et non-contraignant. L'aumônier ou l'aidant doit être en mesure de faire abstraction de ses propres intentions et offrir un espace libre de toute contrainte, où la personne souffrante peut s'engager à son rythme et en toute sécurité. Il doit également être capable de se concentrer sur la personne et d'être réellement présent (Henderson, 1994, p. 161). L'hospitalité, pour Nouwen, sous-entend la création d'un « espace vide » où la personne souffrante peut se retrouver face à son âme (Nouwen, 2010 [1972], p. 98). À notre avis, cette conception de l'hospitalité rejoint en partie le concept d'« espace réconfortant » tel que décrit par Howard Clinebell.

#### 4.1.3.2 Libération

La notion de libération est d'une grande importance pour Howard Clinebell et ce, selon deux axes. D'abord, la croissance spirituelle qu'il met de l'avant vise à libérer le potentiel qui se trouve à l'intérieur de chaque personne. Gary Furr mentionne cet objectif: « [C]ategories of liberation are dominant for Clinebell. The liberation of that which is potential in man is the goal of the spiritual life (...) » (Furr, 1985, p. 184). Son approche de croissance spirituelle vise à libérer le potentiel de la personne dans toutes les dimensions de son intégralité (2.3.2.2) ainsi qu'à favoriser l'éclosion d'une structure sociale valorisante. Voici ce qu'en dit Furr :

« With this model, the growth-oriented counselor seeks to liberate the individual's fullest potentialities in all six interdependent dimensions at each life stage as well as to create a person-enhancing society in which all persons have the opportunity to actualize their potentialities and experience wholeness-centered-in-Spirit (Furr, 1985, p. 223). »

Le deuxième axe selon lequel Clinebell aborde la libération dans ses écrits se concentre sur les contextes institutionnels, personnels, socio-culturels et relationnels qui entravent le développement des individus et restreignent leur potentiel de guérison et de croissance. Deux mouvements théologiques ont grandement influencé Clinebell à ce niveau : la théologie de la libération et la théologie féministe (Hayter, 1984 p. 206). Pour Clinebell, les professionnels du *pastoral care* doivent lutter contre le sexisme, le racisme, les stéréotypes culturels et l'intolérance religieuse, à la fois dans leur milieu de travail, dans la société et à l'intérieur d'eux-mêmes (2.3.3.2). Pour Clinebell, l'être humain doit se libérer de tout ce qui contribue à ériger des barrières entre les individus, et c'est le rôle du professionnel du *pastoral care* de contribuer à cette libération, à la fois chez eux et chez leurs patients : « If, as counselors, therapists, and teachers, we are to be liberators of human potentialities, we must take responsibility for liberating the liberators! » (Clinebell, 1995, p. 50).

À l'instar de Clinebell, Henri Nouwen conçoit la libération comme étant un élément important du travail des ministres, des aumôniers et des aidants. En acceptant ses limites et son impuissance, l'aumônier ou l'aidant se libère d'abord lui-même de la pression et des contraintes qu'il s'impose; il peut alors entrer en contact avec son intériorité et prendre soin de l'autre en étant réellement présent (3.3.3). Cette liberté permet alors d'offrir un espace accueillant où la personne souffrante pourra entrer et se sentir libre à son tour :

« And when we have finally found the anchor place for our lives within our own center we can be free to let others enter into the space created for them, and allow them to dance their own dance, sing their own song, and speak their own language without fear. Then our presence is no longer threatening and demanding, but inviting and liberating (Nouwen, 2010 [1972], p. 98). »

Pour Nouwen, les ministres, les aumôniers et les aidants sont donc réellement des libérateurs. Ils doivent d'abord avoir la volonté de se débarrasser de ce qui les enferme et ce qui entrave leur propre liberté psychologique et spirituelle, pour ensuite être en mesure d'offrir un espace réconfortant. Pour qu'il soit libérateur, cet espace ne doit contenir aucune contrainte: la personne qui y pénètre a toute la latitude dont elle a besoin, ce qui l'aide à se découvrir elle-même. Le fait de rendre possible cet espace et cette exploration personnelle constitue une tâche centrale du rôle de ministre pour Nouwen, comme en témoigne Kyle Henderson :

« Ministers set others free as they offer "a spirituality in which people can claim their own talents, their own dignity," freeing them from the feeling that they have nothing to offer. Ministry is about freeing others from bondage because "people caught in mental and spiritual chains cannot be guided" (Henderson, 1994, p. 168). »

À la lumière de cette comparaison, nous croyons pouvoir affirmer que Clinebell et Nouwen accordent tous deux une importance significative à la notion de libération, nonobstant quelques différences au niveau de la formulation. Les professionnels

présentés par ces deux auteurs ont la responsabilité double de se libérer eux-mêmes ainsi que de libérer les autres.

#### 4.1.3.3 Engagement personnel et social

Afin de faciliter la croissance spirituelle et la libération des personnes, Clinebell est d'avis que le professionnel du *pastoral care* doit être en mesure de comprendre les implications plus larges de cette libération. En effet, pour lui, on ne peut prétendre libérer les personnes souffrantes sans tenir compte de certains systèmes et structures sociales qui entravent leur développement. Howard Clinebell considère donc que la libération est autant une question sociale qu'individuelle et que le travail du professionnel du *pastoral care* dépasse le simple cadre personnel, comme en témoigne Gary Furr :

« Clinebell's mature position is that at the heart of the growth process is the urge for liberation, and that liberation, far from being an individual matter, is in fact a social and systemic problem. (...) By 1970, he began more and more to see that the uniqueness of pastoral counseling is found in the counselor's prophetic concern for larger social structures. The work of liberation for individuals and families, the immediate setting for most pastoral counseling, "often requires changing the larger social systems which dehumanize them" (Furr, 1985, p. 142-143). »

Clinebell met en garde les communautés religieuses dont le but premier n'est pas de promouvoir la cause de la libération et de la croissance des individus, et questionne la pertinence des théories de counseling qui ne tiennent pas compte des valeurs plus larges comme la justice et l'égalité (Furr, 1985, p. 144). Nous avons vu (2.3.2.5) l'importance qu'accorde Clinebell à ces valeurs dans le processus d'accompagnement des personnes souffrantes, afin de leur faire prendre conscience de leur pouvoir personnel et de les inciter à poser des gestes concrets dans leur vie pour améliorer les

choses. Pour Clinebell, l'engagement personnel du ministre et du professionnel du *pastoral care* est nécessairement jumelé à un engagement social, indispensable à la libération du potentiel humain.

Henri Nouwen accorde également une grande importance à l'aspect communautaire et social du rôle du ministre. En effet, à l'instar de Clinebell, Nouwen est d'avis que la libération à laquelle participe le pasteur est à la fois individuelle et sociale, comme le souligne Henderson : « Freedom is one important result of hope for both the individual and the community » (Henderson, 1994, p. 132). Le travail de l'aumônier et de l'aidant se doit de comporter cette composante communautaire, au risque de glisser vers des intérêts personnels : « Without communal emphasis, pastoral theology and pastoral work drift into self-interest » (*Idem*, p. 165).

Nouwen mentionne également deux voies de « transcendance expérientielle » qui facilitent le changement au niveau personnel et social, permettant ainsi d'atteindre la libération souhaitée. Ces deux voies sont la « voie mystique » et la « voie révolutionnaire » (Nouwen, 2010 [1972], p. 20-21). La voie mystique est la voie intérieure : « People try to find in their inner lives a connection with the "reality of the unseen", "the source of being", "the point of silence". They discover that what is most personal is most universal » (*Idem*, p. 20). C'est la voie « intérieure ». Toutefois, pour Nouwen, cette libération intérieure ne peut être complète sans une libération extérieure, sociale et communautaire. La voie révolutionnaire permet de canaliser ce désir de changement. Les injustices, les inégalités sociales, les guerres, les problèmes écologiques, etc., ne peuvent être ignorés par les pasteurs, les aumôniers et les aidants; le changement intérieur ne peut se produire sans volonté de changer la société. Ces deux voies sont complémentaires, dit Nouwen : « Mysticism and revolution are two aspects of the same attempt to bring about radical change » (*Idem*, p. 23). Ce changement sous-entend des gestes concrets; Nouwen les encourage et en tient compte dans ses réflexions, comme en témoigne Henderson : « While

focusing on the interior life, Nouwen does not neglect active participation in social action » (Henderson, 194, p. 221).

Howard Clinebell et Henri Nouwen s'entendent pour dire que les professions qu'ils aident à définir possèdent à la fois un côté personnel et un côté social qui traite des grandes questions de valeurs et d'espoir pour l'avenir. En raison du soutien qu'ils expriment à l'endroit des causes sociales et de l'aversion qu'ils affichent face aux inégalités et aux injustices, nous croyons pouvoir avancer que le contexte socio-historique dans lequel ils ont tous deux évolué a pu contribuer à donner une teinte plus engagée à leurs idées.

#### 4.1.3.4 « The Wounded Healer »

Nous avons vu (2.3.1.3) que Howard Clinebell considère que l'attitude du *wounded healer* mise de l'avant par Henri Nouwen est l'une des six qualités essentielles du professionnel du *pastoral care*. Le concept du guérisseur blessé résonne de façon personnelle chez Clinebell. En effet, l'œuvre de Nouwen lui a permis de trouver un sens aux deuils et aux changements qu'il a vécus au cours des années ainsi que de perfectionner ses qualités de professionnel, comme il en témoigne dans la réédition de 1984 de son livre *Basic types of Pastoral care & Counseling* :

« During the past decade, life has brought me a series of heavy losses and wrenching changes. Henri Nouwen's apt phrase "*The Wounded Healer*" has acquired fresh meaning for me. In working with people in crises, I've noticed that I often feel more connected with their inner world than I have in the past (Clinebell 1984 [1966], p. 239). »

Clinebell considère que toute personne est un « wounded healer » et que ce concept vient s'imbriquer parfaitement dans sa propre théorie de la croissance : « All of us are

“wounded healers”. To be a growing person is to be in touch with one’s pain and to be aware of one’s hang-ups » (Clinebell, 1995, p. 51).

À présent que nous avons exploré les similitudes entre Clinebell et Nouwen, nous examinerons les convergences que nous avons relevées entre les approches d’Anton Boisen et de Henri Nouwen.

#### 4.1.3 Points communs entre Boisen et Nouwen

Dans cette section, nous avons pensé qu’il serait intéressant de présenter, en plus des convergences que nous avons relevées entre les approches de Boisen et de Nouwen, les similitudes qu’a observées Henri Nouwen lui-même entre ses idées et celles de son prédécesseur. En effet, dans sa thèse de doctorat parue en 2012, Christopher De Bono se penche sur un aspect particulier de la vie de Nouwen, à savoir son intérêt marqué pour le personnage d’Anton Boisen. Après avoir consulté les archives concernant Nouwen à l’Université de Toronto, De Bono a pu recueillir plusieurs textes portant spécifiquement sur Boisen, dont deux projets de recherche doctorale jamais terminés (De Bono, 2012, p. 103). De Bono s’étonne que, malgré que cet intérêt pour Boisen soit connu des biographes et des spécialistes, on n’ait jamais accordé d’importance à la signification de ce lien (*Idem*, p. 113). Nous présenterons brièvement les similitudes qu’a observées Nouwen entre sa propre approche et celle du fondateur du CPE, avant de procéder à l’examen des autres convergences que nous avons relevées entre leurs deux approches.

##### 4.1.4.1 Similitudes observées par Nouwen

De Bono consacre un chapitre entier de sa thèse à l'impressionnante littérature — publiée ou non — produite par Nouwen au sujet d'Anton Boisen : articles qui lui sont consacrés, passages dans des ouvrages publiés qui en font mention, projets de recherche inachevés, annotations à la main dans la marge d'articles portant sur Boisen, notes pour son travail d'enseignant, et même un compte-rendu de sa rencontre avec Boisen en personne, en août 1964 (*Idem*, p. 103-170). De Bono conclut que, malgré le silence de Nouwen au sujet de Boisen à partir de 1977, année où fut publiée la dernière mention du fondateur du CPE dans un de ses textes, son intérêt pour ce dernier n'a jamais tari et a même eu une influence considérable sur sa vision du *Spiritual care* (*Idem*, p. 104).

À la lumière de l'interprétation particulière du personnage de Boisen qui émerge de la littérature produite par Nouwen, De Bono est d'avis que ce dernier entretenait une réelle admiration pour cet homme blessé et malade, procédant même à une relecture de ses idées pour soutenir ses propres théories et relevant des convergences avec ses positions. En effet, la lecture de Boisen que fait Nouwen vient cautionner quelques-unes de ses idées, notamment son appel à un retour aux racines pastorales de la profession d'aumônier, et ainsi conserver son champ d'application spécifique face à la psychologie. De Bono rappelle que Boisen et Nouwen accordent tous deux de l'importance à la complémentarité entre la psychologie et la théologie, mais que « [Nouwen's] use of Boisen reminds the reader that the integration of the social sciences cannot be at the expense of the *pastoral* relationship » (*Idem*, p. 127).

Nouwen établit également un lien entre la pensée de Boisen et sa propre fascination pour les relations avec des sources de transcendance qui permettent à l'être humain de surmonter les pires souffrances, en particulier l'isolement et l'aliénation. Le Boisen de Nouwen cherche à établir une connexion avec Dieu, à se brancher grâce à ce lien suprême sur l'amour qu'il a connu pour son défunt père et pour Alice, et s'en servir

pour se sortir de son isolement (*Idem*, p. 117-118). De Bono ne manque pas d'établir un parallèle avec cette interprétation de Boisen et la propre quête de Nouwen :

« Nouwen's biography is a search for relationship; and that it is ultimately a search for God experienced in the midst of the experience of his sense of a terrible isolation. This too, my research reveals is Nouwen's essential portrait of Boisen. It is what Nouwen understood Boisen to be and it is what he understood Boisen did with his basic suffering, pastorally and in research on behalf of those struggling with the same isolation. Nouwen's essential portrait of Boisen (...) endeavoured to determine how the human/divine relationship could be visible and possible in pastoral ministry in clinical *care* (De Bono, 2012, p. 166). »

Une autre similitude qu'identifie Nouwen entre son approche et celle de Boisen porte sur le rôle secondaire que doivent occuper les techniques et les méthodes dans le travail du pasteur : « Nouwen suggested that the basic Boisen question "what can I learn from [this] person I meet as a pastor?" is more important, prior, and only to be served by technical and professional skill building, not replaced by it » (*Idem*, p. 167).

Continuons notre examen en exposant les convergences autres que celles identifiées par Nouwen lui-même.

#### 4.1.4.3 Isolement et relations

Nous avons vu (1.3.2.3) que, pour Boisen, les sentiments d'isolement et de culpabilité constituent les deux dénominateurs communs chez les personnes souffrantes. Si Clinebell fait écho à Boisen au sujet de la culpabilité, Nouwen le rejoint au niveau de l'isolement. En effet, Anton Boisen considère que la pire souffrance qu'une personne puisse endurer est celle de se sentir isolé, à la fois de son cercle social et de son idée

de Dieu. Les propos de Forbes à ce sujet sont éclairants: « [F]ear of condemnation by those who are accounted worthy of love and honor, is isolation, and isolation is death » (Forbes, 2003, p. 33). Cette douleur est particulièrement atroce car elle affecte un besoin essentiel chez l'être humain, comme l'explique Asquith : « This sense of feeling cut off is supremely intolerable because the deepest need of the human heart is that of love » (Asquith, 1976, p. 127). L'aumônier, pour Boisen, a la capacité d'aider les personnes souffrant de ce sentiment d'isolement. En ne posant pas de jugement après avoir entendu tous les détails de l'histoire du patient, il permet le rétablissement des liens et des relations. Écoutons Forbes à ce sujet :

« [I]f the professional, after hearing the story and knowing the worst, does not condemn, the patient may feel restored to right relationship with those whose love is necessary. The patient may feel forgiven and able to meet peers with new hope (Forbes, 2003, p. 62). »

Henri Nouwen considère également l'isolement comme l'une des pires douleurs qui affligent l'être humain (3.3.2.2). Nouwen met en garde contre les trois fausses pistes à éviter lorsqu'on veut se débarrasser de la douleur causée par l'isolement : le désir d'être pertinent, d'être spectaculaire et d'être puissant, tentations qui traduisent bien à notre avis la société postmoderne (*Idem*, p. 73). Seule la solitude peut nous détourner de ces pièges, selon lui. De plus, dit-il, la société contribue à cet isolement à travers les médias et sa structure basée sur la domination et la manipulation (Huang, 1995, p. 72), ce qui complique les liens et les relations. Or, la spiritualité de Henri Nouwen est d'abord « relationnelle », selon Deirdre LaNoue (2000, p. 1, citée dans De Bono, 2012, p. 109), avant d'ajouter qu'il décrivait « spiritual life as encompassing three primary relationships — the relationship to self, to others, and to God » (*Idem*). Jean Vanier, dans une entrevue accordée à Christopher De Bono, explique le désir qu'avait son ami Henri Nouwen d'entrer en relation : « This is Henri's search, but (...) this is the search of us all. I think that is why people catch on. It's not just Henri. I think

Henri is someone sent by God to reveal this cry for relationship » (De Bono, 2012, p. 166).

Si leurs méthodes pour faire face à l'isolement diffèrent — Nouwen vise à en faire de la solitude positive alors que Boisen opte pour une connaissance en profondeur du « document humain » —, nous croyons tout de même pouvoir affirmer que Henri Nouwen et Anton Boisen accordent tous les deux une importance particulière à cette forme de souffrance humaine ainsi qu'aux relations sociales et aux relations avec le transcendant qui peuvent contribuer à briser cet isolement.

#### 4.1.3.4 Prière et vie intérieure

Nous avons abordé au premier chapitre (1.3.2.3) la notion « d'idée de Dieu » mise de l'avant par Boisen ainsi que ses implications personnelles et sociales. En effet, l'idée de Dieu telle que comprise par Boisen implique une cristallisation du tissu social jugé comme ayant une valeur suprême aux yeux de l'individu. La prière constitue pour Boisen un moyen important dont la personne dispose pour se relier à la fois à elle-même, à son tissu social et à son idée de Dieu. En somme, c'est une façon d'actualiser et d'organiser ses désirs et ses allégeances — son monde intérieur<sup>12</sup> — de manière à trouver du sens à son existence, comme l'explique Glenn Asquith :

« Boisen considered individual prayer to be a very important part of religious life. (...) Boisen saw prayer as growing out of man's social nature, the desire to get in touch with and internalize the values of a higher loyalty ; as such it is "talking one's problems over with God". While it may begin with an expression of desire, at its best it ends in the organization of one's own desires into a system of desires recognized as superior and then made one's own (Asquith, 1976, p. 141). »

---

<sup>12</sup> Comme en témoigne le titre de son livre, *The Exploration of the Inner World*.

En plus de l'importance qu'il accorde à la « vie intérieure » (3.3.1.3), Henri Nouwen parle également de prière dans ses écrits. Il considère à l'instar de Boisen que cette pratique, qui va de pair avec son concept de solitude positive, permet à la personne de se relier à elle-même, à Dieu et aux autres, particulièrement aux personnes souffrantes. Hui-Chueh Huang témoigne de cette compréhension qu'a Nouwen de la prière :

« For Nouwen, to pray is to pray with the heart. (...) To pray with the heart is to focus oneself on God from the center of the person, thus affecting the whole of the person. He contends that real prayer transforms a person as a whole. (...) Nouwen sees prayer as all-inclusive, meaning that prayer is a discipline of attuning one's own heart to the needs of the suffering people (Huang, 1995, p. 78-79). »

À la lumière de ces passages, nous pouvons affirmer que Boisen et Nouwen voient tous deux la prière comme une manière de « s'accorder », presque musicalement, avec soi-même, avec son monde intérieur, sa vie intérieure, avec les autres et avec sa conception de Dieu. Cette compréhension de l'importance de la prière à la fois chez les personnes souffrantes, chez les professionnels et chez les êtres humains en général constitue un autre point commun entre ces deux auteurs.

À présent que nous avons complété la présentation des convergences entre Boisen, Clinebell et Nouwen, nous pouvons passer à l'analyse des divergences que nous avons relevées à l'intérieur de leurs approches respectives.

#### 4.2 Divergences

Quelques divergences implicites ont émergé de la présentation des approches de nos trois auteurs. Par contre, ces points de divergence n'impliquent pas de réelles

oppositions. Elles découlent plutôt des divers accents mis sur des thèmes différents, sans que l'on puisse réellement parler de désaccord ou d'incompatibilité. Dans les pages qui suivront, nous avons préféré nous pencher sur les deux divergences explicites que nous avons relevées en examinant les approches de nos auteurs. Ces divergences portent respectivement sur le rapport à la psychologie et sur les différentes identités professionnelles mises de l'avant par Boisen, Clinebell et Nouwen.

#### 4.2.1 Rapport à la psychologie et à la psychanalyse

Il a été démontré (1.4.2.3) qu'Anton Boisen n'était pas très ouvert à l'influence qu'exerçaient à son époque la psychologie et la psychanalyse dans le domaine de la religion et de la spiritualité. À son avis, les différentes psychothérapies avaient certes leur place dans le traitement des maladies mentales, mais elles étaient inadéquates lorsqu'il était question de théologie et d'expérience religieuse chez les personnes souffrantes. Écoutons à ce sujet Armour : « Boisen the theologian argued that psychology alone could not explain the complexity of the mind and its various mental states. He did not reject science but he maintained its limitations in explaining the human psyche » (Armour, 1994, p. 133). Boisen était ambivalent au sujet des nouveaux concepts avancés par Freud, entre autres. À la fois intrigué et méfiant, il les considérait trop théoriques et déconnectés de l'expérience humaine pour pouvoir en saisir l'essence. Glenn Asquith s'est penché sur cette réaction de Boisen :

« During the time when clinical pastoral educators became enamored with the writings of psychoanalysts, Boisen continually voiced his disapproval, believing that this was getting away from the true objective of clinical experience as he saw it. In a letter to Ralph Bonacker in 1944, Boisen said that he much preferred to begin with concrete human experience that with the writings of Freud, Jung and Adler (Asquith, 1976, p. 79). »

En somme, comme nous pouvons le constater dans les propos d'Armour, Boisen réservait à la psychologie et à la psychanalyse les mêmes critiques qu'il adressait à la théologie traditionnelle : « Boisen's chief concern was that the language of both theology and psychology was being used without the necessary connections being made to the human experience » (Armour, 1994, p. 138). Or, à travers sa conception de la maladie mentale où les symptômes extérieurs sont en fait dus à un conflit intérieur et inconscient, Anton Boisen avait lui-même pavé la voie à une éventuelle collaboration entre les domaines de la théologie, du CPE et de la psychologie. Armour souligne l'ironie de cette situation : « It is ironic that Boisen later criticized the emphasis upon Freud, for it was his own theories and terminology that opened the door » (*Idem*, p. 107). Officiellement, Boisen exprimait son désaccord face à l'inclusion de concepts et de théories psychologiques dans la structure des stages de CPE, principalement lorsque ceux-ci tendaient à devenir des séances de psychothérapie pour les étudiants. Pourtant, il semble qu'il ait en pratique cherché à réunir la théologie et la psychologie dans un contexte empirique. Voici à nouveau l'explication de Charles Armour : « Boisen hoped for more than mere dialogue between theology and psychology. What he sought was nothing less than a mutually beneficial partnership from which the patient would profit the most » (*Idem*, p. 157).

En raison de cette volonté de réunir théologie et psychologie dans un contexte clinique, Boisen est considéré comme une figure importante dans le domaine de la psychologie de la religion (Asquith, 1976, p. 155). Son ambivalence au sujet de la psychologie fait écho à son ambivalence théologique, ce qui contribue à faire de lui un personnage paradoxal ayant contribué conjointement à ces deux domaines. Asquith nous rappelle le lien entre la complexité du personnage et l'originalité de ses idées :

« Boisen's theology is almost unnameable because of the fact that it falls neither on the liberal side of science (psychology of religion) or on the conservative side of theology. Within this quality, however, lies the unique contribution. Boisen places himself in the dynamic sphere of interaction between the two fields, forcing them to constantly inform each other but never resting on either side (Asquith, 1976, p. 156). »

Anton Boisen a également laissé sa trace dans les sous-catégories que représentent la théologie et la psychologie pastorale. Furr affirme que les idées de Boisen étaient révolutionnaires à l'époque : « [F]or pastoral theology and the building field of pastoral psychology, it was Boisen who first gained a hearing for a dynamic rather than static view of religion in personality » (Furr, 1985, p. 45).

Howard Clinebell n'a quant à lui jamais tenté de se distancer de la psychologie et des différentes approches thérapeutiques issues de cette discipline (Hayter, 1984, p. 156). Au contraire, il s'en inspire directement pour mettre sur pied sa propre approche, le *Growth Counseling*. Dans son approche, Clinebell ne voit aucune incohérence à s'inspirer à la fois des psychothérapies traditionnelles et modernes ainsi que des ressources théologiques et pastorales traditionnelles. Selon lui, plusieurs approches thérapeutiques, surtout issues de la « troisième force » humaniste — telles l'analyse transactionnelle, la Gestalt-thérapie et la psychosynthèse — complètent à merveille le savoir accumulé par des décennies de relation d'aide pastorale, venant ainsi valider son approche fondée à la fois sur la croissance personnelle et sur la spiritualité (Furr, 1985, p. 136-140). Hayter résume ici la pensée de Clinebell, selon laquelle le thérapeute idéal possède à la fois des notions en psychologie et en théologie :

« Such a growth-oriented bridge person must be able to speak the language of the behavioral sciences and the psychotherapeutic disciplines on the one hand ; the language of theology, the Bible, and the church on the other hand ; and be able to utilize both of these resources in relationships with people (Hayter, 1984, p. 197). »

Les psychothérapies dont s'inspire Clinebell sont également celles qui remettent en question le côté autoritaire et hiérarchique qu'on retrouve souvent dans les théories psychanalytiques. Selon lui, les thérapies et le counseling doivent être orientés sur l'action, sur le potentiel humain et sur les relations avec les autres et avec Dieu, plutôt que sur les symptômes pathologiques. (Furr, 1985, p. 134-135). Howard Clinebell favorise donc la combinaison des connaissances en psychologie et en théologie pour appliquer une approche thérapeutique où la spiritualité joue un rôle central.

Kyle Henderson identifie trois changements majeurs qui ont secoué la théologie et le counseling pastoral depuis sa rencontre avec la psychologie : de l'individu à la communauté, de la psychologie à la spiritualité et du mâle blanc à l'humanité entière (Henderson, 1994, p. 53). Henri Nouwen, dans ce contexte, représente l'une des figures marquantes du deuxième grand changement, prônant le retour aux sources traditionnelles et théologiques dans le domaine de la relation d'aide pastorale. En effet, contrairement à Clinebell, Nouwen cherche à se distancer des différentes psychothérapies afin de revenir à ce qu'il considère comme étant les véritables ressources et disciplines spirituelles : la communauté de foi, la prière, la méditation et le silence, par exemple. (*Idem*, 1994, p. 73). En considérant les textes bibliques et autres sources traditionnelles comme des outils incontournables sur lesquels il faut recentrer tout le domaine pastoral, Nouwen devient l'un des premiers penseurs à promouvoir un tel retour aux sources. Les explications de Henderson sont, à ce sujet, éclairantes :

« Nouwen relies almost entirely upon biblical witness in developing his pastoral theology. Moving parallel to, but ahead of, the pastoral counseling movement, Nouwen has articulated for many years a return to the classic sources in developing a pastoral theology, and therefore many have regarded his work as pioneering. Pastoral counseling has made a dramatic shift away from almost total dependance upon a psychological model. While appreciating and using psychology, it has determined to make broader use of biblical and spiritual traditions (Henderson, 1994, p. 74-75). »

En s'alignant de plus en plus sur la psychothérapie au fil des années, Nouwen est d'avis que la relation d'aide pastorale et l'identité des prêtres et des aumôniers se sont détachées de leurs racines uniques au profit des concepts psychologiques. Il s'inquiète du fait que la plupart des ministres ont accumulé davantage d'heures de formation portant sur les relations interpersonnelles que sur leur relation avec Dieu (Henderson, 1994, p. 70). Sans rejeter totalement les concepts et les idées issus de la psychologie, Nouwen ne considère pas qu'ils doivent orienter la profession de prêtre ou d'aumônier. C'est du moins ce qu'affirme Henderson : « Nouwen never rejected his psychological training but felt that it was an inadequate basis for ministry » (*Idem*, p. 170).

Comme nous avons pu le constater, les trois auteurs qui nous intéressent ont des opinions différentes au sujet du rôle que devraient jouer la psychologie et la psychanalyse dans le domaine de la théologie et du counseling pastoral. Anton Boisen, qui se dit officiellement contre toute collaboration entre les deux disciplines, intègre dans les faits plusieurs notions freudiennes importantes et contribue à leur éventuelle collaboration. Howard Clinebell embrasse les deux disciplines et se veut un fervent défenseur de leur collaboration, dans le but de libérer le plus de potentiel humain possible. Enfin, Henri Nouwen, malgré des études en psychologie, prône un retour aux sources et un éloignement relatif des deux disciplines. Il nous apparaît que ces trois positions divergentes regroupent de façon à la fois simple et complexe les questions issues du choc entre théologie et psychologie au 20<sup>e</sup> siècle. Simple, d'abord, parce que les positions de ces trois auteurs semblent compléter une boucle. Il nous est en effet difficile d'imaginer d'autres opinions que celles défendues par Boisen, Clinebell et Nouwen, mis à part une ignorance totale d'un côté ou de l'autre, ce qui ne nous apparaît pas réaliste quelle que soit l'époque. Complexe, ensuite, en raison des innombrables questions que soulèvent encore et toujours les échanges entre ces deux disciplines incontournables. Ces tensions sont toujours d'actualité et se

conjuguent quotidiennement de plusieurs manières différentes dans des contextes cliniques, thérapeutiques et pastoraux. Ces contextes et les rôles qu'occupent les professionnels qui y travaillent constituent d'ailleurs le deuxième point de divergence que nous présenterons dans les pages qui suivent.

#### 4.2.2 Trois identités professionnelles : clinicien, thérapeute et aumônier

En effectuant un retour sur le contenu global des approches de nos trois auteurs ainsi que sur leur conception du rôle que doivent occuper les professionnels, nous constatons une grande différence au niveau de leurs principales préoccupations. Ces divers angles d'approche, sans être incompatibles, sous-tendent des contextes et des champs d'application différents auxquels peuvent être confrontés les différents professionnels de la relation d'aide spirituelle. Boisen, Clinebell et Nouwen seront présentés ici à la lumière des trois identités professionnelles qui émergent de leurs visions respectives : le clinicien, le thérapeute et l'aumônier.

Dans le premier chapitre de notre recherche (1.3.2), nous nous sommes penché sur le rôle qu'attribue Boisen aux étudiants en théologie lors de leurs stages de CPE. En somme, les stagiaires se doivent de collaborer avec les équipes interdisciplinaires, d'utiliser des outils communs aux autres disciplines, telle l'étude de cas, et de participer à la recherche scientifique portant sur la religion. Cette orientation originelle mise sur pied par Boisen n'est pas étrangère à sa théorie sur la maladie mentale (1.3.1) et à son expérience personnelle. En effet, Boisen est convaincu que certaines formes de maladie mentale, comme celle dont il a fait l'expérience, sont à la fois causées et guéries par la religion. Cette conception de la maladie mentale vient ancrer son approche dans un contexte curatif et clinique, comme l'explique Genn Asquith : « Significant for Boisen's method is his firm belief that the type of mental

illness which he experienced was a religious experience because of its curative, problem-solving nature » (Asquith, 1976, p. 58). Asquith rappelle également le véritable objectif qu'avait Boisen en mettant sur pied sa première cohorte de stagiaires en 1925 :

« Unlike the conception of this experience of Cabot and those who followed him, Boisen formed his program in order to have colleagues in research. He was intent upon the construction of a clinical theology by the use of clinical methods. His students were to help him in this task in the laboratory of the mental hospital where the "living human documents" could be read (Asquith, 1976, p. 74). »

C'est donc l'étude de cette expérience religieuse curative et de la « guérison » de la maladie mentale par le biais d'une compréhension théologique du problème que vise le professionnel en théologie clinique imaginé par Boisen. À l'origine, son rôle au sein de l'équipe interdisciplinaire est celui de chercheur; les résultats de ses observations lui serviront par la suite dans l'exercice de son ministère dans un contexte paroissial. Ces deux facettes sont indissociables selon Nouwen : « Nouwen (...) argues that Boisen's pastoral role and clinical role were united such that "research was an essential part of his ministry" » (De Bono, 2012, p. 148). Cette combinaison de savoirs permet à Boisen d'étudier et de faciliter l'accomplissement du processus par la personne elle-même, en étant attentif aux sujets que seuls des théologiens peuvent comprendre : le chemin vers le salut, vers la transcendance, vers l'amour. Forbes décrit bien ces thèmes tels que compris par Boisen :

« Boisen believed that salvation was crucial in the cure of mental illness. It eliminates the patient's sense of isolation, and for both individual and society, is to be found by entering into that fellowship which has the capacity for universality. To be cut off from this is the root evil in mental disorders of the functional type, something which brings to the individual isolation, death, and destruction (Forbes, 2003, p. 35). »

Ces éléments font clairement ressortir les préoccupations cliniques des stages mis sur pied par Anton Boisen, avec leur observation directe des patients et leur utilisation des données dans un cadre de recherche. C'est cette nouvelle identité développée par Boisen qui favorisera graduellement l'intégration des théologiens cliniques, des professionnels du *pastoral care* et éventuellement des intervenants en soins spirituels au sein des équipes traitantes et des unités de soin. En ouvrant cette « brèche » dans le monde hermétique de la science et de la médecine, hostile à la religion depuis l'avènement de la modernité, Boisen a bouleversé l'univers de la théologie, de la psychologie et de la pastorale et est devenu un pilier incontournable se situant à la croisée de ces disciplines.

L'identité professionnelle du thérapeute axé sur le *pastoral care*, telle que mise de l'avant par Howard Clinebell, a réellement pris son envol dans les années 1960, nourries comme nous l'avons vu plus haut (4.2.1) par la popularisation de la psychologie et l'émergence des différentes psychothérapies systémiques, intégratives et expérientielles. Dans les premières pages de l'édition révisée de *Basic types* (1984), Clinebell souligne l'évolution de sa pensée depuis la publication de la première édition en 1966, évolution parallèle à celle de la société et des psychothérapies contemporaines :

« I'm pleased to have an opportunity now to update this book by incorporating the changes of the last seventeen years that seem most important—changes in my approach resulting from changes in our society, in the church, in the pastoral counseling movement, and in the flowering field of psychotherapies (Clinebell, 1984 [1966], p. 10). »

Contrairement à l'identité de clinicien de Boisen, Clinebell n'est pas intéressé par la recherche ni par le potentiel curatif de la religion dans un contexte hospitalier. Son approche de *Growth Counseling*, comme l'explique Hayter, « is a way of seeing people and a way of helping them » (Hayter, 1984, p. 94). C'est dans un cadre

thérapeutique que s'inscrivent Clinebell et sa vision de la spiritualité. Son approche, qui combine psychologie et théologie, est conçue soit pour un contexte paroissial, où le pasteur est sollicité par des membres de sa congrégation, soit pour un contexte professionnel, dans lequel le psychothérapeute est choisi en raison de son statut clérical ou pour sa sensibilité au domaine spirituel. Clinebell n'exclut toutefois pas le contexte hospitalier (Clinebell, 1984 [1966], p. 36), mais c'est en quelque sorte le prolongement des deux autres contextes; le cadre clinique, avec ses notions d'interdisciplinarité, de recherche et de soins, est absent des écrits de Clinebell.

Cela dit, nous avons vu (2.1) que Clinebell a complété plus d'un stage de CPE et qu'il a été profondément marqué par Russell Dicks, un contemporain de Boisen. Avec Dicks, le mouvement commence déjà à prendre une direction différente de celle imaginée par Boisen. Ce fut lui qui suggéra d'étendre la discipline aux hôpitaux généraux et qui introduisit le *verbatim* — un rapport écrit des conversations entre le professionnel et le patient — comme outil de travail et d'enseignement, ce à quoi s'opposait Boisen : « For Boisen, the verbatim emphasized the techniques of interviewing at the expense of real research » (De Bono, 2012, p. 60). Le mouvement vers un élargissement du champ de pratique et des techniques utilisées était donc enclenché. Se pourrait-il qu'en plus des limites socioculturelles reprochées à la première génération de CPE par leurs successeurs (2.2), l'explosion des psychothérapies et l'ébullition des causes sociales dans les années 1960 aient poussé Clinebell à travailler en dehors du simple contexte hospitalier, afin d'élargir davantage son champ d'action et ainsi participer à la fois à la libération des individus et de la société? Les données que nous avons recueillies nous permettent de le croire.

L'approche de Henri Nouwen peut, à l'instar de celle de Boisen et de Clinebell, être appliquée dans un contexte paroissial ou hospitalier. Cependant, contrairement aux deux autres, il n'est aucunement question d'identité professionnelle de clinicien ou de thérapeute. Nouwen n'est pas intéressé par le traitement des individus, ni par leur

observation. Selon Nouwen, l'identité du professionnel ne peut être que pastorale, car il s'appuie sur une compréhension christologique du rôle du ministre et de l'aumônier. C'est ce que confirme Henderson :

« While undergirded with psychological understanding of humanity and issues of *care*, Nouwen gives almost complete attention to the gospel accounts of Jesus as the proper foundation for his development of *pastoral care*. Therefore, Nouwen recasts *pastoral care* in christological imagery as the heart of his compelling vision for ministry (Henderson, 1994, p. 138-139). »

L'approche de Nouwen n'est pas motivée à la base par un désir de guérir, de traiter ou même de soutenir les gens, mais simplement par un désir de s'en soucier (3.3.1). Henderson utilise trois images christologiques pour illustrer l'approche de Nouwen : le serviteur, celui qui souffre et le berger (Henderson, 1994, p. 140). Pour Nouwen, le ministre, l'aumônier et l'aidant doivent servir l'autre, souffrir avec lui et l'accompagner à travers les épreuves. Ces actes d'humilité et d'impuissance sont la seule manière d'être réellement présent pour l'autre. La prière, chère à Nouwen (4.1.4.4), favorise la prise de conscience que seuls l'impuissance et le courage de faire face à la souffrance peuvent offrir un réel réconfort. Voici comment Henderson résume la pensée de Nouwen à ce sujet :

« Prayer leads to the recognition and acceptance of powerlessness, which is the key to true availability. Only in recognition that no amount of personal strength, skilled training, or professional formation can offer any power to the world of hurting humanity will ministers be able to minister. Ministers offer the world powerlessness, not curing, not healing, not a magical removal of problems, but a courageous facing with people of the reality of an individual's powerlessness (Henderson, 1994, p. 153-154). »

C'est en lien avec cette identité professionnelle pastorale que Nouwen conçoit son approche du *wounded healer*. L'aumônier incarne cette identité à travers différents contextes, mais s'appuie chaque fois sur une présence authentique et une attitude hospitalière.

Les trois identités professionnelles que nous avons présentées, bien que très différentes, ne sont pas incompatibles; nous l'avons précisé au départ. Ils ne représentent pas des visions hermétiques impossibles à combiner, mais plutôt trois grandes orientations qu'ont connues au 20<sup>e</sup> siècle les différentes professions qui se trouvent aujourd'hui regroupées, au Québec, sous l'appellation de « soins spirituels ».

Ce survol des différentes identités mis de l'avant par Boisen, Clinebell et Nouwen ne fait que confirmer à nouveau la pluralité des enjeux, des défis et des concepts reliés à l'exercice de ces professions. Nous sommes d'avis que ces trois identités professionnelles contribuent à enrichir et à approfondir, chacun à sa manière, cette discipline qui se distingue à la fois par sa nature, son histoire et sa complexité. L'intervenant en soins spirituels d'aujourd'hui doit se familiariser avec ces différentes identités et être à l'aise de les incarner à tour de rôle.

#### 4.3 Conclusion

L'exercice auquel nous nous sommes prêtés dans ce chapitre, c'est-à-dire la comparaison de trois approches issues d'auteurs importants, nous a permis d'avoir une meilleure vue d'ensemble sur une profession complexe et sur une discipline encore d'actualité, les soins spirituels. Nos trois auteurs ont, à travers leurs visions et leurs écrits, élaboré des approches pertinentes qui font preuve entre elles d'une certaine continuité. En effet, comme nous l'avons relevé, plusieurs points de convergence se retrouvent à l'intérieur de leurs approches respectives et nous permettent d'identifier une certaine cohésion.

Cette cohésion est d'abord attribuable à l'acte fondateur de Boisen, c'est-à-dire l'apparition d'un spécialiste des questions spirituelles et religieuses au sein des équipes traitantes d'un hôpital et sa présence sur les unités de soins. En voulant abattre le mur séparant la religion et la science, Anton Boisen a réussi à sortir les théologiens et les séminaristes des salles de classe pour les amener sur le vrai terrain de la souffrance et de l'espoir. Ce nouveau paradigme est par la suite demeuré incontournable pour ses successeurs. Clinebell et Nouwen intègrent tous deux cette vision dans leur compréhension d'un contexte de soin. La présence sur les unités, la proximité des professionnels et leur disponibilité ont éclipsé la distance qui caractérisait autrefois l'aumônerie.

Le savoir expérientiel du professionnel constitue une autre composante commune aux trois auteurs. En effet, Boisen, Clinebell et Nouwen s'accordent pour dire que les épreuves, les défis et les souffrances qui ont façonné la personnalité des professionnels sont d'une importance capitale dans l'exercice de leur travail. Comme la spiritualité constitue à bien des égards un aspect intime de la personne, un des seuls moyens de l'aborder adéquatement est d'avoir fait soi-même sa part de voyage intérieur. Cette proximité se ressent et facilite l'établissement d'un lien entre le professionnel et la personne souffrante. Boisen, Clinebell et Nouwen soulignent tous l'importance d'être en mesure de communiquer ce type de vulnérabilité et de s'en servir pour comprendre le mieux possible la souffrance de l'autre.

Tels des scientifiques ou des médecins qui connaissent les effets bénéfiques des médicaments qu'ils utilisent mais également leurs effets secondaires, voire dangereux, les trois auteurs que nous avons étudiés sont conscients des effets positifs et négatifs de la religion. Source d'espoir, de paix et de réconciliation pour certains, elle peut constituer pour d'autres un obstacle, un handicap ou une obsession. La compréhension dynamique de la religion qu'a chacun des trois auteurs implique que

les professionnels doivent être à l'affût de signes inquiétants pouvant se développer et tenter d'intervenir au bon moment.

Les époques qui ont vu évoluer les auteurs constituent des points tournants de l'histoire américaine où toutes les sphères de la société ont été touchées; le monde du religieux et du spirituel n'y faisait pas exception. Le dernier point de convergence entre les approches de Boisen, Clinebell et Nouwen concerne le devoir qu'ont les professionnels de participer à l'évolution de leur discipline tout en ayant conscience de son histoire qui leur confère une autorité particulière auprès des malades. Ces derniers doivent être au cœur des préoccupations au sujet de la place de la religion et de la spiritualité dans un contexte hospitalier.

La tradition de relation d'aide pastorale à laquelle ont participé nos trois auteurs est appelée à subir encore de gros changements au sein de nos sociétés occidentales; le rôle des professionnels sera de garantir à la fois son évolution et son intégrité.

En plus de ces quatre grands points de convergence que nous avons relevés à partir des approches de Boisen, Clinebell et Nouwen, nous avons démontré que plusieurs autres similitudes pouvaient être observées, sans qu'elles soient présentes chez les trois auteurs. De surcroît, aucun des points communs entre deux auteurs n'est assorti d'une opinion contraire de la part du troisième. Nous imaginons mal, par exemple, Henri Nouwen affirmer qu'il n'existe aucun lien entre la spiritualité et la santé mentale. Les différences reposent davantage sur les nombreuses facettes de ces professions et les sujets prioritaires qu'ont choisi de traiter les auteurs dans leurs approches. L'examen de ces points communs entre deux de nos trois auteurs nous permet d'avoir une meilleure compréhension de la complexité et de la profondeur de leur discipline.

Par la suite, nous avons identifié les deux points de divergence entre les trois approches qui nous intéressent, soit le rapport à la psychologie et les différentes identités professionnelles mises de l'avant par les auteurs. Les rapports qu'entretiennent Boisen, Clinebell et Nouwen avec la psychologie sont tous pertinents et justifiables dans leurs contextes respectifs. Boisen, d'abord, est aux premières loges — d'un point de vue historique — lorsque les écrits de Freud commencent à bouleverser le monde de la psychologie. Loin d'être impressionné, Boisen perçoit la psychologie et la psychanalyse comme de nouvelles théories conceptuelles ayant peu d'ancrage dans la véritable existence humaine. Son refus initial d'incorporer les concepts de Freud et de Jung à ses propres théories peut se comprendre à la lumière de son histoire personnelle et de sa certitude d'avoir vécu une expérience religieuse lors de son premier séjour à l'hôpital psychiatrique. Par la suite, Boisen comprendra mieux la pertinence d'une telle discipline et cherchera à faciliter sa collaboration avec la théologie empirique, afin d'offrir aux patients la meilleure combinaison de soins. Clinebell, de son côté, considèrera toujours la psychologie et le *pastoral care* comme les deux côtés d'une même médaille; la relation d'aide ne peut selon lui qu'être bonifiée par l'ajout d'outils et de théories différents. Enfin, Nouwen, qui à l'instar de Clinebell a complété de hautes études en psychologie, prône plutôt un retour aux sources pour les professionnels de la relation d'aide dont la spécialité se situe au niveau spirituel. Pour lui, l'identité professionnelle de l'aumônier ne peut être fondée sur des concepts psychologiques ou sur une compréhension scientifique des relations humaines. Sans considérer la psychologie et la psychanalyse comme invalides, c'est la relation avec Dieu, avec l'Invisible, qui doit être au centre des préoccupations de l'aumônier.

Ces trois rapports à la psychologie, bien que différents, traduisent tous le respect qu'elle inspire aux théologiens du 20<sup>e</sup> siècle, particulièrement chez nos auteurs, qui ont su élaborer à son sujet des points de vue différents mais cohérents avec leur ligne de pensée. L'examen minutieux du choc entre la théologie et la psychologie dépasse

largement le mandat de ce mémoire et constitue à lui seul un sujet fécond pouvant être à l'origine de plusieurs recherches étoffées. Prenons toutefois la peine de souligner à nouveau l'importance qu'a eue la psychologie dans l'évolution et la formation de nos trois auteurs ainsi que dans le développement des soins spirituels, tout en regrettant de ne pouvoir développer ce sujet davantage.

La deuxième différence majeure que nous avons présentée repose sur les différentes identités professionnelles mises de l'avant par les auteurs. Encore une fois, tout comme le rapport à la psychologie, cette différence ne peut se comprendre en dehors des contextes socio-historiques dans lesquels ont évolué Boisen, Clinebell et Nouwen. En effet, l'identité professionnelle de clinicien que voulut établir Boisen pour ses étudiants et partenaires de recherche est très différente du thérapeute de Clinebell et de l'aumônier de Nouwen, d'abord par leurs préoccupations professionnelles différentes, mais également en raison des époques qui les ont vues se développer<sup>13</sup>. À la lumière de cette compréhension socio-historique du développement de cette profession, nous comprenons mieux aujourd'hui en quoi ces trois identités professionnelles divergent, mais également en quoi elles se complètent.

À présent que nous avons complété la présentation des points de convergence et de divergence entre les approches de Boisen, Clinebell et Nouwen, nous pouvons dresser un bilan final de notre recherche portant sur ces trois auteurs qui ont marqué le paysage théologique et pastoral du 20<sup>e</sup> siècle.

---

<sup>13</sup> Clinebell et Nouwen ont tous deux été actifs à la même époque. Par contre, leurs points de vue opposés découlent d'un choix personnel qu'ils ont chacun eu à faire à ce moment précis de l'histoire.

## CONCLUSION

Au cours de cette recherche, nous avons présenté les approches en soins spirituels élaborées par trois auteurs marquants du 20<sup>e</sup> siècle — Anton Boisen, Howard Clinebell et Henri Nouwen — afin de faire une étude comparative des points de convergence et de divergence et de vérifier si nous pouvions en dégager des constantes ainsi que des pistes de réflexion pouvant être utiles dans le contexte actuel des soins spirituels modernes au Québec.

Les défis que nous avons à surmonter étaient multiples. D'abord, il nous fallait organiser les idées des auteurs de manière à présenter leur vision des soins spirituels sous forme d'approche, sauf dans le cas de Clinebell qui, lui, avait déjà procédé de cette manière. En effet, la discipline étant trop récente dans le cas de Boisen et inhérente au ministère pour Nouwen, un travail de synthèse était nécessaire pour présenter leur vision de manière claire et accessible pour tous les lecteurs ainsi que tous les professionnels en soins spirituels, qu'ils soient affiliés ou non à une communauté religieuse. L'évolution de la discipline nous obligeait à trouver une manière de reformuler des concepts qui reposaient, en raison de l'époque à laquelle ils avaient été formulés, sur la supposition que seuls des membres du clergé allaient pratiquer le *spiritual care*. C'est ainsi qu'au départ, la discipline imaginée par Boisen était destinée aux étudiants du séminaire ; c'était encore le cas pour les décennies suivantes. Toutefois, avec le temps, le paradigme a changé : ce ne sont plus nécessairement des prêtres ou des pasteurs qui pratiquent le *spiritual care*, mais plutôt des professionnels cliniques dont certains sont membres du clergé. Ce changement majeur a guidé notre démarche et notre présentation des approches étudiées.

Pour présenter les approches sur un pied d'égalité, nous devions ensuite trouver une structure commune qui respecte les idées des trois auteurs. C'est ce que nous avons fait en retenant les quatre points suivant : le rôle des professionnels, les aptitudes et les valeurs à développer, les objectifs à atteindre et les erreurs à éviter. Nos trois auteurs ayant fait des études en psychologie ou en psychiatrie, il nous fallait être rigoureux afin d'extraire les idées et les concepts exclusifs aux soins spirituels. Les limites de notre recherche nous empêchaient de s'avancer trop loin dans le domaine de la psychologie.

Les objectifs que nous nous étions fixés au départ étaient, en premier lieu, de comparer trois différentes approches américaines en soins spirituels, mises de l'avant par trois auteurs influents du 20<sup>e</sup> siècle, afin de jeter une lumière nouvelle sur cette discipline, ainsi que sur son histoire et les enjeux qui l'ont façonnée. En deuxième lieu, nous voulions nous servir des résultats de cette comparaison pour identifier les constantes et ainsi mieux comprendre le contexte actuel des soins spirituels au Québec. Pour atteindre ces objectifs, nous avons effectué une étude comparative de la littérature produite par les trois auteurs, ainsi que de quelques articles et ouvrages biographiques dont ils ont été le sujet.

Les résultats que nous avons obtenus témoignent de points communs importants entre les trois auteurs. Ce « noyau » est constitué de quatre points de convergence, soit : 1) la présence du professionnel sur les unités de soin et dans les équipes interdisciplinaires ; 2) l'importance du savoir expérientiel du professionnel ; 3) la conscience du double potentiel de la religion et 4) l'actualisation de la profession sans renier son passé historique. S'ajoutent à ce noyau commun plusieurs similitudes entre chaque paire d'auteurs qui, de surcroît, ne se butent pas à des positions contraires chez le troisième. Étant donnée la place importante qu'occupent le savoir expérientiel et la personnalité du professionnel dans cette discipline, nous pouvons penser que

cela explique le fait que les auteurs se soient penchés sur certaines questions plutôt que d'autres au cours de leur carrière. C'est ainsi que les notions de culpabilité, d'espace réconfortant ou d'isolement, de spiritualité comme réponse à des besoins fondamentaux, pour ne nommer que ceux-là, apparaissent davantage comme des facettes spécifiques d'une discipline large et ouverte plutôt que comme des positions pouvant être sujets de discorde.

Les objectifs à atteindre et les erreurs à éviter que nous avons relevés dans les approches de Boisen, Clinebell et Nouwen sont également importants car ils permettent de compléter le portrait issu de notre étude comparative. À mesure que la discipline évolue, il devient de plus en plus intéressant pour les professionnels d'approfondir leur formation dans leur domaine, en suivant plusieurs stages de CPE par exemple ou en participant à des congrès et des colloques en soins spirituels. Cet approfondissement des connaissances favorisera, comme le voulait Boisen, les relations interdisciplinaires avec les autres professionnels, tout en sensibilisant ces derniers aux aspects spirituels présents au niveau clinique. L'intégralité et l'auto-transformation spirituelle de Clinebell sont à notre avis intimement liées à la liberté et à la joie visées par Nouwen. En se transformant de l'intérieur et en devenant une personne plus « entière », on atteint inévitablement des niveaux supérieurs de liberté et de joie. En ce sens, ces deux auteurs ont souligné deux facettes du même objectif. Le développement d'une profession plus inclusive et transculturelle, tel que souhaité par Clinebell, est quant à lui plus que jamais pertinent dans le contexte de pluralisme ethno-religieux de la société québécoise. Les soins spirituels doivent impérativement faciliter les séjours hospitaliers pour tous les individus, sans égard à leur origine ethnique, leur âge, leur religion ou leur orientation sexuelle. Dans ce contexte, nous sommes d'avis que les sciences des religions ont un rôle important à jouer; de fait, c'est un nouveau chapitre qui s'ouvre aujourd'hui à la fois pour les soins spirituels et les sciences religions. C'est aussi l'avis de Brian Walton, président de l'Association Canadienne de soins spirituels de 2010 à 2011 : « A new era calls us forward

however : to discern how best to meet the spiritual and religious needs of the culturally and ideologically diverse population of Canada of the 21st century » (2010, cité dans De Bono, 2012, p. 12).

Les résultats de notre recherche en ce qui a trait aux erreurs à éviter contribuent à améliorer la qualité des interventions des intervenants en soins spirituels. Tout comme pour les objectifs visés, les auteurs semblent se compléter dans leurs approches. Par exemple, à l'instar de leurs objectifs portant sur la théorie et le besoin de formation, les positions exprimées par Boisen et Nouwen sont à notre avis équilibrées, cohérentes et justifiées. Les connaissances théoriques et les formations sont pertinentes, disent-ils tous deux à leur manière, mais seulement si elles ne contribuent pas à éloigner le professionnel du véritable contact avec ses patients. Un certain niveau théorique et clinique est nécessaire pour s'intégrer adéquatement dans une équipe de soins, mais la sur-spécialisation risque de réduire la capacité des intervenants en soins spirituels à voir la personne dans son ensemble, dans son intégralité. En somme, les objectifs visés et les mises en garde formulés par Boisen, Clinebell et Nouwen forment à notre avis des lignes directrices encore d'actualité aujourd'hui pour les soins spirituels.

Nous avons également relevé des points de divergence entre les auteurs. Ces zones de divergence sont : 1) le rapport à la psychologie et à la psychanalyse et 2) les différentes identités professionnelles (clinique, thérapeutique et pastorale). Malgré ce que l'on pourrait penser, à savoir que ces positions opposées sont irréconciliables, nous croyons au contraire que le regard que nous portons sur elles à partir du contexte actuel permet de les considérer comme complémentaires.

Examinons d'abord le premier point de divergence : le rapport à la psychologie. De nos jours, cette discipline est bien établie tant au niveau académique que professionnel ; elle ne suscite pas la même méfiance ou le même enthousiasme qu'il y

a 80 ou même 50 ans. Les opinions formulées explicitement ou implicitement à son endroit par Boisen, Clinebell et Nouwen ne peuvent être considérées sans tenir compte de leurs contextes respectifs, qui nous mènent jusqu'aux années 1990 dans le cas des derniers écrits de Nouwen. Nous pouvons ainsi, à travers leurs trois positions différentes, observer l'évolution de la relation entre la psychologie et les professionnels du *spiritual care*. La conclusion à laquelle nous arrivons suite à cette observation est la suivante : la seule relation possible entre la psychologie et les soins spirituels en milieu hospitalier en est une de collaboration et de complémentarité. C'est d'ailleurs la conséquence du modèle holistique et interdisciplinaire mis de l'avant dès le départ par Boisen. Les professionnels de chaque discipline enrichissent l'équipe de soins et contribuent au bien-être global du patient. Ainsi, il est possible d'être psychologue tout en étant sensible à la dimension spirituelle de son client, tout comme les intervenants en soins spirituels peuvent s'intéresser à des notions psychologiques de base. Si les trois positions différentes exprimées par nos auteurs sont en grande partie dictées par le contexte socio-historique dans lequel ils ont évolué, nous serions bien mal placés pour affirmer que le nôtre échappe à cette règle. Nous vivons à une époque où la psychologie et la spiritualité doivent cohabiter et s'enrichir mutuellement pour le mieux-être des patients, tout en laissant de côté la confrontation et la trop grande proximité qui ont tour à tour marqué ces disciplines au 20<sup>e</sup> siècle. Un juste milieu est possible et souhaitable.

Le deuxième point de divergence mérite un jugement similaire: nous sommes d'avis que les trois identités professionnelles mises de l'avant par les auteurs, bien qu'elles puissent sembler contradictoires, sont en fait complémentaires. En effet, plutôt que de choisir l'une de ces identités et de la considérer comme la plus appropriée à la profession, il nous apparaît que l'identité professionnelle de clinicien, de thérapeute et d'aumônier se complète et donne à la profession d'intervenant en soins spirituels une profondeur particulière. L'identité de clinicien, la plus « révolutionnaire » — d'où l'originalité de Boisen à son époque — permet au professionnel d'intervenir

directement dans les soins accordés aux patients hospitalisés, par exemple dans les cas de délire religieux en psychiatrie ou dans le cadre de soins palliatifs. L'identité de thérapeute permet au professionnel d'utiliser sa présence et son écoute particulière — et thérapeutique — pour créer un lien avec la personne souffrante, sans devoir par la suite se servir de ce lien pour diriger le patient dans un plan de soins ou une thérapie, ce qui le différencie à notre avis des psychologues et des autres thérapeutes. L'identité d'aumônier, la plus « classique », permet au professionnel de conserver le rôle particulier de guide et de personne de confiance qui découle de son grand héritage dans l'imaginaire collectif. Nous en venons à la conclusion que ces trois identités professionnelles peuvent cohabiter à l'intérieur d'une même discipline et que le professionnel des soins spirituels a avantage à être conscient de la profondeur qu'il incarne et dont il dispose.

Anton Boisen, Howard Clinebell et Henri Nouwen ont tous les trois exercé leur métier à des époques charnières de l'histoire de la religion et de la spiritualité dans leur pays et en Occident. Nous avons vu les obstacles qu'ils ont eu à affronter, les enjeux qu'ils ont vus se développer et la façon dont ils ont activement participé à l'évolution de leur discipline. Quelles leçons pouvons-nous tirer de leurs parcours pour le futur des soins spirituels au Québec ? Soulignons qu'il est difficile de juger, à partir de notre position — et ce n'est pas ce que nous avons cherché à faire en menant à terme notre projet —, des grands enjeux auxquels font face aujourd'hui la religion et la spiritualité. Nous ne possédons pas le recul nécessaire pour établir si le contexte québécois actuel représente une « époque charnière » pour ces domaines. Cependant, pour ce qui est du milieu hospitalier dans lequel nous évoluons, quelques pistes de réflexion nous semblent d'un intérêt particulier. Tout d'abord, il apparaît évident que la pastorale chrétienne traditionnelle (catholique et protestante) — c'est-à-dire une pratique confessionnelle, une évangélisation et parfois même un ministère exercé dans un établissement de santé —, bien qu'encore présente, n'est plus considérée comme la norme, à la fois par la discipline elle-même et par le Ministère de la Santé.

En effet, comme en témoigne le libellé d'emploi<sup>14</sup>, il n'est plus question de détenir un « mandat pastoral » émis par une institution religieuse afin de pouvoir pratiquer cette profession. Ce fait récent, en plus de nous avoir permis d'exercer la profession, a également motivé et orienté notre recherche. Ainsi, quelques-uns des questionnements sous-jacents à notre démarche découlent de cette nouvelle situation dans le milieu, à savoir, d'une part, l'inclusion des spécialistes en sciences des religions, et, d'autre part, celle des professionnels exempts de toute affiliation religieuse institutionnelle : En quoi consistent des soins spirituels non confessionnels ? Est-il possible d'adapter cette discipline à la réalité multiconfessionnelle et « multispirituelle » d'aujourd'hui, sans toutefois renier complètement son héritage historique issu du christianisme ? Les personnes athées, agnostiques, ou simplement issues d'autres religions peuvent-elles bénéficier des soins spirituels ? En quoi ces soins spirituels non confessionnels se distinguent-ils de la psychologie ? Sont-ils encore pertinents dans le milieu hospitalier aujourd'hui ?

Plusieurs questions complexes restent sans réponse définitive à la suite de notre mémoire, mais nourriront sans aucun doute d'éventuels sujets de recherche dans le domaine. Notre contribution aura servi à démontrer comment trois figures marquantes de cette discipline, issues de milieux et de contextes différents, l'ont aidé à évoluer et à surmonter d'importants défis aux États-Unis. De plus, les conclusions de notre recherche sur les points communs et les divergences entre leurs trois approches jettent une lumière particulière sur la continuité de cette profession, sur ce qui la définit, ce qui constitue son champ d'application et sur sa pertinence dans les hôpitaux d'aujourd'hui. Le lecteur pourra tirer ses propres conclusions de notre recherche en ayant en tête ces questionnements et ces pistes de réflexion. Ce qui ne fait aucun doute, c'est la pertinence que revêt la recherche issue de ces trois auteurs pour les domaines académiques et professionnels concernés — les sciences des religions, les

---

<sup>14</sup> <http://aiissq.org/pdf/Circulaire%20du%20MSSS%20%2811-11-22%29.pdf>, consulté le 12 juillet 2013.

soins spirituels et le milieu de la santé en général — et les angles particuliers qu'elle suggère quant à l'histoire, l'évolution et l'avenir des soins spirituels.

## LEXIQUE

### ANTON BOISEN

Religion. « Socialisation on the level of that which is conceived as universal and abiding. It involves the sense of identification with a fellowship which has the capacity for universality. This may or may not include the idea of God. Usually it does. It involves also certain behavior sequences » (Boisen, 1962 [1936], p. 305). « For Boisen, the ultimate relationship, the “best”, is fellowship with God ; and this basic social structure of human life is something shared by all people whether explicitly religious or not. In fact, for Boisen religion is understood very broadly, and functionally. It is “understood as an attempt to face and grapple with the realities of life, not to escape from them” » (De Bono, 2012, p. 48).

Spiritualité. Anton Boisen ne donne pas de définition de la spiritualité. Par contre, il utilise à de rares occasions l'adjectif « spirituel ». Par exemple, il fait mention d'une « vie spirituelle » (*Idem*, p. 11) ainsi que de « forces spirituelles » qui « opèrent à l'intérieur de nous » (*Idem*, p. 306). Cela nous amène à croire que, pour Boisen, l'adjectif « spirituel » renvoie surtout à ce qui est « intérieur » dans la religion. Nous pouvons également penser, en raison du contexte historique dans lequel il a évolué, que Boisen ne considère pas la spiritualité comme étant un concept distinct de celui de religion.

Théologie. « The attempt, either individually or collectively, to organize and scrutinize the beliefs regarding the end and the meaning of life, the spiritual forces which operate within us and the relationships which exist between their various manifestations, all in the light of the belief in a supreme reality to which men generally give the name of “God” » (*Idem*, p. 306).

### HOWARD CLINEBELL

Religion. « [T]he variety of ways in which people satisfy their spiritual needs » (Furr, 1985, p. 193).

Spiritualité. Howard Clinebell ne donne pas de définition de la spiritualité, mais utilise très souvent l'adjectif « spirituel » (spiritual issues, spiritual health, spiritual growth, spiritual dimension, etc.). À la lumière d'expressions comme « Spirit-centered holistic health or wholeness-centered-in-Spirit » (Clinebell, 1984 [1966], p. 51), nous croyons que ce que Clinebell entend par « spiritualité » peut être compris comme « ce qui est centré sur l'Esprit ». Toutefois, cette définition simple est celle qui ressort de ses premiers écrits; ses textes plus récents développent davantage sa compréhension de ce qui est « spirituel », comme dans les deux exemples suivants.

Spiritual dimension. « The spiritual dimension of our lives consists of the ways in which we satisfy seven interrelated spiritual needs: the need for a viable philosophy of life, for creative values, for a relationship with a loving God, for developing our higher self, for a sense of trustful belonging in the universe, for renewing moments of transcendence, and for a caring community that nurtures spiritual growth » (Clinebell, 1995, p. 81-82).

Spiritual growth. « [T]he enhancement of our realistic hope, our meanings, our values, our inner freedom, our faith systems, our peak experiences, and our relationship with God » (Clinebell, 1995, p. 18-19).

#### HENRI NOUWEN

Spiritualité. Nouwen ne semble pas faire de distinction claire entre la religion et la spiritualité. Dans son livre intitulé *Prendre soin les uns des autres: une spiritualité du « care »*, il prend la peine d'expliquer le « care » mais ne fait pas de même pour la spiritualité. Toutefois, à la lumière des textes que nous avons examinés, nous croyons pouvoir affirmer qu'il les comprend selon un axe intérieur-extérieur, où la spiritualité renvoie au « monde intérieur » de la personne et à sa relation personnelle avec Dieu, et où la religion renvoie aux manifestations extérieures de cette relation, principalement dans les actions que posent les individus et dans leur implication au sein d'une communauté. Nouwen parle également en d'autres termes de cet axe intérieur-extérieur dans *The Wounded Healer*, lorsqu'il décrit la « voie mystique » et la « voie révolutionnaire », en quelque sorte les deux volets possibles de l'expérience de la transcendance: « For the mystic as well as for the revolutionary, life means breaking through the veil covering our human existence and following the vision that has become manifest to us. Whatever we call this vision— “The Holy,” “The Noumenon,” “The Spirit,” or “Higher Power” —we still believe that conversion and revolution alike derive their power from a source beyond the

limitations of our own createdness » (2010 [1972], p. 24). Christopher De Bono relève également une autre définition de la spiritualité telle que comprise par Nouwen, et celle-ci est tirée de son livre *The Living Reminder* : « He defines ministry as a “service in the name of the Lord” and spirituality as “attention to the life of the spirit in us” » (2012, p. 120).

## BIBLIOGRAPHIE

AHLSTROM, Sydney E. (1972). *A Religious History of the American People*, London, Yale University Press, 1158 p.

ALEXANDER, Franz (1956), *Psychoanalysis and Psychotherapy*, New York, Norton, 292 p.

ARMOUR, Charles W. (1994). *Anton Boisen and the Origins of the Modern Pastoral care Movement*, Thèse de doctorat, Fayetteville (AK), University of Arkansas, 186 p.

ASQUITH, Glenn H. Jr. (1976). *The Clinical Method of Inquiry of Anton T. Boisen*, Thèse de doctorat, Fort Worth (TX), Southern Baptist Theological Seminary, 243 p.

BASTIEN, George (2009). « La spiritualité au cœur de l'intervention en santé mentale », *Le Partenaire* vol. 18, no 2, p. 18-21

BEUMER, Jurjen (1999). *Henri Nouwen : sa vie et sa spiritualité*, Montréal, Bellarmin, 220 p.

BOISEN, Anton T. (1962 [1936]). *The Exploration of the Inner World*, New York, Harper & Brothers, 322 p.

BOISEN, Anton T. (1960). *Out of the Depths*, New York, Harper & Brothers, 216 p.

BREGMAN, Lucy (1979). « Anton Boisen Revisited », *Journal of Religion and Health* vol. 18, no 3, p. 213-229

BRUSCO, Angelo (1993). « L'éducation pastorale clinique », dans Robert Giguère (dir.), *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale*, Boucherville, Gaëtan Morin, p. 94-102

CABOT, Richard (1926). « A Plea for a Clinical Year in the Course of Theological Study », dans *Aventures on the Borderlands of Ethics*, New York et Londres, Harper and Brothers, p. 1-22

CARKUFF, Robert R. et William A. Anthony (1979). *The Skills of Helping*, Amherst (MA), Human Resources Development Press, 261 p.

CLEBSCH, William A. et Charles R. Jaekle (1964), *Pastoral Care in Historical Perspective*, Englewood Cliffs N.J., Prentice-Hall, 344 p.

CLINEBELL, Howard (1984 [1966]). *Basic types of Pastoral care & Counseling*, Burlington (Ont.), Welch Publishing Company, 463 p.

CLINEBELL, Howard (1995). *Counseling for Spiritually Empowered Wholeness : A Hope-Centered Approach*, Binghamton (NY), Haworth Pastoral Press, 177 p.

CLINEBELL, Howard J. (1999). « The Greatest Influence on my Pastoral Counseling », *American Journal of Pastoral Counseling* vol. 3, no 1, p. 51-57

CLINEBELL, Howard J. (2002). « Preface », *American Journal of Pastoral Counseling* vol. 5, no 1-2, p. 17-21

DAGENAIS, Robert (1993). « L'éducation pastorale clinique », dans Robert Giguère (dir.), *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale*, Boucherville, Gaëtan Morin, p. 93-94

De BONO, Christopher E. (2012). *An Exploration and Adaptation of Anton T. Boisen's Notion of the Psychiatric Chaplain in Responding to Current Issues in Clinical Chaplaincy*, Thèse de doctorat, Toronto, University of St. Michael's College, 275 p.

DeVELDER, John R. (1994). « The Story of the Clinical Pastoral Education Movement by Charles E. Hall : Review », *Journal of Religion and Health* vol. 33, no 3, p. 281-284

FARRIS, James R. (1998). « Towards Liberation », *American Journal of Pastoral Counseling* vol. 1, no 3, p. 77-81

FORBES, Foresteen (2003). *Anton Boisen, Pioneer on the Study of Mental Disorder and Religious Experience : A Critical Review of the Litterature*, Thèse de doctorat, Azusa (CA), Azusa Pacific University, 76 p.

FURR, Gary A. (1985). *Ecclesiological Models in Contemporary Pastoral Counseling*, Thèse de doctorat, Waco (TX), Baylor University, 248 p.

GOTTLIEB, Joyce G. (2011). *In our own voices : An Exploratory Study of Psychiatric Chaplaincy as a Component of Health Care Chaplaincy*, Thèse de doctorat, New York, Columbia University, 171 p.

GRIFFIN, Richard (2008). « Caregiving and Our Inner Elder », *Journal of Gerontological Social Work* vol. 45, no 3, p. 313-317

HART, Curtis W. (2001). « Notes on the Psychiatric Diagnosis of Anton Boisen », *Journal of Religion and Health* vol. 40, no 4, p. 423-429

HAYTER, Lonnie (1983). *A Critical Examination of Howard John Clinebell, Jr. 's Theory of Growth Counseling*, Thèse de doctorat, Waco (TX), Baylor University, 269 p.

HENDERSON, Kyle L. (1994). *The Reformation of Pastoral Theology in the Life and Works of Henri J. M. Nouwen*, Thèse de doctorat, Fort Worth (TX), Southwestern Baptist Theological Seminary, 311 p.

HILTNER, Seward (1953). « The Exploration of the Inner World by Anton T. Boisen : Review », *The Journal of Religion* vol. 33, no 2, p. 154-155

HUANG, Hui-Chueh (1995). *Spiritual Life and Educational Ministry in the Work of Henri J. M. Nouwen*, Thèse de doctorat, Richmond (VA), Presbyterian School of Christian Education, 135 p.

KIMPER, Frank W. (1962). « The Man of the Month : Howard J. Clinebell, Jr. », *Pastoral Psychology* vol.13, no 3, p. 4 et 66

LEAS, Robert David (2009). *Anton Theophilus Boisen : His Life, Work, Impact, and Theological Legacy*, Easton (MD), Journal of Pastoral Care Publications, 232 p.

LEWIS, Terrence O. (2011). « Counseling for Spiritually Empowered Wholeness : A Hope-Centered Approach, by Howard Clinebell », *Journal of Religion & Spirituality in Social Work : Social Thought* vol. 30, no 2, p. 178-180

MESERVE, Harry C. (1993). « Anton Boisen and the Cure of Souls », *Journal of Religion and Health* vol. 32, no 1, p. 3-8

MOSS III, David M. (1984). « Growth Counseling : A Dialogue with Howard Clinebell », *Journal of Religion and Health* vol. 23, no 3, p. 172-196

MURSELL, Gordon (1998). « Book Review : Henri Nouwen », *Theology* vol. 101 (mai), p. 233-234

- NOUWEN, Henri J. M. (1964). *Boisen*, The Henri J. M. Nouwen Archives and Research Collection in the Special Collections and Archives, Toronto : John M. Kelly Library at the University of St. Michael's College, University of Toronto, 1964, 3 p.
- NOUWEN, Henri J. M. (1968). « Anton T. Boisen and Theology through Living Human Documents », *Pastoral Psychology* vol. 19, no 7, p. 47-63
- NOUWEN, Henri J. M. (1998 [1975]). *Les trois mouvements de la vie spirituelle*, Montréal, Bellarmin, 211 p.
- NOUWEN, Henri J. M. (2010 [1972]). *The Wounded Healer*, New York, Doubleday Religion, 109 p.
- NOUWEN, Henri J. M. (2012). *Prendre soin des autres : une spiritualité du care*, Paris, Salvator, 78 p.
- O'CONNOR, Thomas St. James (2003). « Pastoral Counseling and Pastoral care : Is there a Difference », *Journal of Pastoral care and Counseling* vol. 57, no 1, p. 3-12
- PATTIE, Robert T. (1967). « Basic types of Pastoral Counseling by Howard J. Clinebell : Review », *Journal of Religion and Health* vol. 6, no 2, p. 155-156
- PORTER, Elias H. (1950), *An Introduction to Therapeutic Counseling*, Boston, Houghton Mifflin, 223 p.
- ROGERS, Carl (1961). *On becoming a person : a therapist's view of psychotherapy*, Boston, Houghton Mifflin, 420 p.
- RUDOLF, Paul O. (1957). « R. Zon, Pioneer in Forest Research », *Science, New Series* vol. 125, no 3261, p. 1283-1284
- SEEBER, James, Mee-Ock Park et Melvin A. Kimble (2002). « Pathogenic-Salugenic Faith and Integrative Wellness », *Journal of Religious Gerontology* vol. 13, no 2, p. 69-81
- SHARP, Jeff (2004). « On Being Mentored : A Tribute to Henri Nouwen », *Journal of Humanistic Psychology* vol. 44, no 4, p. 494-514
- SNYDER, Ross (1968). « Boisen Heritage in Pastoral Education », *Pastoral Psychology* vol.19, p. 9-13

STEERE, David A. (1969). « Anton Boisen : Figure of the Future ? », *Journal of Religion and Health* vol. 8, no 4, p. 359-374

STOKOE, Rodney J. R. (1974). « Clinical Pastoral Education », *Nova Scotia Medical Bulletin* vol. 53, no 1, p. 26-28

STONE, Howard (2003). « Revising the Revised Model », *American Journal of Pastoral Counseling* vol. 6, no 1, p. 63- 70

VANDECREEK, Larry (2010). « Defining and Advocating for *Spiritual care* in the Hospital », *Journal of Pastoral care and Counselling* vol. 64, no 2, p. 1-10