

Introduction

Pierre-Yves Brandt(1), Elisabeth Ansen Zeder(2), Jacques Besson(3)

(1) Professeur de psychologie de la religion à l'Université de Lausanne

(2) Dr. en psychologie clinique, Psychologue psychothérapeute ASP & Professeure en psychologie, chercheuse rattachée à l'unité de recherche Didactique de l'Éthique et cultures religieuses de la Haute Ecole Pédagogique de Fribourg (URDECR-HEP/PHFR)

(3) Professeur honoraire, Faculté de biologie et de médecine FBM, Institut des humanités en médecine (IHM), Université de Lausanne

Dans nos sociétés occidentales, la sécularisation peut être tellement forte qu'elle conduit à évacuer complètement la religion et les systèmes de croyance, ne lui laissant que peu de place dans l'espace public. Un des dangers, étant alors que la religion, chassée, resurgisse sous des formes fanatiques, violentes, oppressantes, enfermantes, voire aliénantes. Alors, comment tenir compte de la spiritualité dans une société sécularisée, où sont prônées laïcité et neutralité ?

Certaines personnalités très médiatisées, telles que Christophe André, Alexandre Jollien et Matthieu Ricard (André, Jollien, et Ricard, 2016), André Comte-Sponville (2006), Luc Ferry (2010) ou encore Frédéric Lenoir (2012) ont tenté de répondre à cette question en proposant diverses approches du spirituel dans le monde francophone. Ces auteurs prennent appui sur des sagesses soit orientales soit occidentales.

En écho à ces auteurs, Briançon, Pasquier et Hagège (2018) posent, dans un appel à contributions pour le numéro 56 de *Education et Socialisation : Les Cahiers du CERFEE* intitulé « Education(s) et Spiritualité(s) »¹, une série de questions qui prennent place dans la sphère éducative qui rejoignent les nôtres :

« Quelle(s) différence(s) entre des religions établies, parfois dogmatiques et figées, et des spiritualités moins connues, vivantes et se présentant parfois comme complètement athées (Ferry, 2010) ? Les frontières entre spiritualité(s) et religion(s) sont parfois mal définies, ce qui rend difficile leur distinction d'avec une religiosité qui s'émanciperait des religions (Fabre, 2018). Quelles différences entre une spiritualité recherchée au cœur des religions (Lévinas, 1982 ; Nancy, 2005 ; Bidar, 2008) ou dans la philosophie antique par exemple (Hadot, 1974) ? »

1. Éducation(s) et Spiritualité(s) : Conceptualisation, problématisation, applications – Varia (56/juin 2020). Numéro coordonné par Muriel Briançon, Florent Pasquier et Hélène Hagège. Appel à contribution consulté sur le site <https://journals.openedition.org/edso/4845> le 25 février 2020.

Dans le cadre des soins aussi, un effort de conceptualisation pour penser la spiritualité en clinique paraît indispensable (Pujol, Jobin et Beloucif, 2014). Cet effort de conceptualisation s'organise autour d'un consensus consistant à placer la personne humaine au centre de la prise en soins. Comment tenir alors compte de la dimension spirituelle de la personne ? Rouiller (2013) prolonge la question en la situant dans notre culture occidentale : quelles spiritualités et qu'en faire ? Rochat et ses coauteurs (Rochat, Vollenweider, Rubli, et Odier 2015 ; Rochat, Rubli, Laouadi et Jobin, 2018) mettent en avant une prise en charge pluridisciplinaires au sein de la clinique hospitalière. Besson (2017), se basant sur la neurothéologie et les neurosciences postule que « *le transcendant implique des structures cognitives élevées et que le cerveau possède un mécanisme neurologique pour la transcendance de soi.* » (p. 118-119). Serait-il alors possible d'envisager un avenir construit sur une « spiritualité universelle » au-delà des religions et des barrières culturelles ?

Si oui, quels paradigmes pourrions-nous convoquer dans la clinique pour répondre à l'exigence de tenir compte de la dimension spirituelle de la personne ? Et que faire lorsque ces aspects s'invitent dans une clinique thérapeutique, au sein d'une pratique hors des murs de l'hôpital ? Comment accompagner les patients pour un meilleur fonctionnement psychique et « mieux-être spirituel » dans leur prise en charge ?

Une piste pour répondre à ces questions se trouve dans la pensée de Viktor Frankl (1905-1997). Dans son travail final de master, Jahn (2019), souligne le trésor que pourrait constituer la logothérapie et l'analyse existentielle selon Viktor Frankl pour la pratique du « *spiritual care* » au quotidien. Georges-Elia Sarfati, de l'École française d'analyse et de thérapie existentielle (EFRATE) écrit en ce sens : « La négation de la spiritualité, lorsqu'elle est érigée en système, constitue l'une des causes majeures du vide existentiel » et « Les situations de crises du sens, correspondent à des moments d'affaiblissement, ou de disparition de certaines valeurs » (2018, p. 70).

Dans cette perspective, l'anthropologie proposée par Frankl (2012) nous a paru constituer un paradigme fédérateur et fécondant entre théologiens, accompagnants spirituels, soignants, médecins, psychiatres et psychothérapeutes permettant de nourrir et d'entretenir un dialogue fécond pour les questions soulevées par la clinique du sens. Ce dialogue, pensions-nous, pouvait rejoindre les réflexions issues de la recherche concernant la psychologie du développement religieux (Brandt et Day, 2013), étayer les interrogations formulées plus haut et ainsi faire évoluer nos pratiques. C'est pourquoi, afin de promouvoir ce dialogue, nous avons décidé de mettre sur pied un colloque international intitulé « Clinique du sens ». Le terme « sens » s'est imposé lorsque nous avons cherché quel titre donner au colloque que nous voulions organiser, parce que ce terme occupe un rôle central aussi bien dans la pensée de Viktor Frankl que dans la plupart des modèles de « *spiritual care* ».

Le colloque « Clinique du sens » s'est déroulé les 14 et 15 novembre 2019 à l'Université de Lausanne. Les deux journées avaient chacune leur cohérence propre. La première journée devait aider à faire un état des lieux de déplacements dans l'organisation de l'accompagnement religieux et spirituel en milieu de santé. Ces déplacements sont consécutifs à des transformations profondes dans la manière de parler de la spiritualité. Les institutions religieuses n'ont plus le monopole du rapport que nous entre-

tenons avec la transcendance ou un système de valeurs ; elles ne sont plus les seules pourvoyeuses de sens. Dans le monde de la santé, la spiritualité a pris la place de la religion, redistribuant les compétences pour prendre en compte cette dimension dans l'accompagnement des personnes souffrantes. La première journée s'organisait donc autour de la transformation du rôle des aumôniers, principalement des aumôniers en milieu de santé : Elle proposait de réfléchir sur la redistribution des tâches entre les différents professionnels qui entourent le patient lorsqu'il s'agit d'accompagnement spirituel. Le matin était composé de conférences plénières, l'après-midi d'ateliers.

La deuxième journée était plus particulièrement organisée avec l'Association suisse de Logothérapie (SGLE). Elle se proposait de mettre en évidence, dans ce cadre, l'actualité de la pensée de Viktor Frankl. Elle était introduite par une conférence plénière, suivie d'ateliers et s'est conclue par une table ronde.

Le livre que voici est organisé en trois parties principales. Les deux premières reprennent le contenu des interventions de la première journée du colloque, la troisième partie rassemblant les contributions de la seconde journée.

La première partie intitulée « Prise en compte de la spiritualité dans l'accompagnement spirituel en milieu de santé et la thérapie » comprend six textes. Elle s'ouvre par une contribution de Jacques Besson. Il nous présente les fondements scientifiques d'une nouvelle transdisciplinarité où les nouvelles données issues des neurosciences de la spiritualité viennent élargir l'horizon du *spiritual care*, dans ce qu'il propose de définir comme la neuro-psycho-théologie. Suit un texte de Pierre-Yves Brandt qui défend l'idée que toute prise en soins devrait être globale et intégrative, c'est-à-dire s'insérer dans une approche de la personne qui la considère dans tout ce qui la constitue et fait sens pour elle. Après ces deux textes qui introduisent à la thématique, l'ouvrage donne accès aux deux contributions de Hetty Zock et de Lars Danbolt. Ces deux textes en anglais donnent une idée précise de la manière dont l'accompagnement spirituel est organisé dans le milieu de la santé aux Pays-Bas (Zock) et dans les pays scandinaves (Danbolt). Pour apprécier les évolutions en cours en Allemagne, en Belgique, en France ou en Suisse, pays principalement représentés parmi les participants du colloque, on procède souvent à des comparaisons avec ce qui se passe sur le continent nord-américain (principalement aux Etats-Unis) ou au Québec lorsqu'on veut un élément de comparaison francophone. Or, les transformations du rapport au religieux dans les sociétés occidentales ne se déroulent pas de la même manière dans chaque pays. L'Allemagne, la France ou la Suisse ont, pour ce qui concerne les rapports entre institutions ecclésiales et Etat, ou pour les processus de sécularisation et la diversification des formes de spiritualités, certainement plus en commun avec les Pays-Bas ou les pays scandinaves qu'avec les pays du continent nord-américain. Nous sommes donc très heureux de pouvoir présenter dans cet ouvrage des comptes-rendus d'évolutions qui pourraient prendre demain des formes proches dans d'autres pays européens. Cette première partie de l'ouvrage se conclut avec deux contributions fournies par les animateurs de deux ateliers de la première journée de colloque. Tout d'abord un texte de Mario Drouin et Jacques Besson, qui nous aident à réfléchir à l'évolution de l'accompagnement spirituel en milieu hospitalier psychiatrique en Suisse romande, notamment par les interactions entre intervenants spirituels et psychiatriques. Puis

un texte de Sandra Mazaira suivi d'un commentaire de Nicolas Duruz qui réfléchit, à partir d'une analyse de cas d'une migrante, à ce que peut être la prise en compte de la spiritualité du patient dans un suivi psychothérapeutique en cabinet privé. Sandra Mazaira étaye sa pratique sur des concepts théoriques et méthodologiques issus des approches transculturelles et de la psychotraumatologie. Elle montre comment les approches transculturelles pourraient constituer des bases pour une démarche thérapeutique auprès de tout patient, y compris auprès de celui dont on pourrait inférer trop rapidement que les représentations de valeurs, de croyances, de l'Invisible seraient partagées. L'articulation entre psychisme et spiritualité est conçue comme quête de sens, inhérente à toute dynamique de travail psychique tenant compte de la matrice dont elles sont constituées.

La deuxième partie de l'ouvrage s'occupe de « Théologie de la santé ». Elle est composée de quatre textes rédigés par les animateurs d'un atelier qui portait ce même titre. Olivier Bauer ouvre la réflexion avec un état de la question centré sur la théologie protestante. Son propos est de présenter comment la théologie protestante conçoit la santé. Après quoi, Florence Depeursinge montre, à partir du courant de la « Médecine de la personne » issu des écrits de Paul Tournier (1898-1986), comment la médecine peut adopter une posture qui prend en considération la dimension spirituelle. Ensuite, Anne Sandoz Dutoit, en s'appuyant sur une exégèse d'un texte tiré de l'Évangile selon Luc, fait émerger la question du salut au-delà de celle de la santé. Ce qui lui permet de mettre en évidence la quête de sens qui demeure toujours au-delà de la guérison du corps. Finalement, Yves Dénéraz, réfléchissant sur sa pratique dans un lieu d'écoute qui combine accompagnement spirituel et thérapeutique, illustre comment la prise en compte de la spiritualité dans le cadre d'une thérapie familiale permet une meilleure différenciation des membres de la famille et favorise les relations entre eux.

La troisième partie de l'ouvrage est intitulée « Analyse existentielle et logothérapie ». Elle réunit les contributions de la seconde journée du colloque. Elle s'ouvre par la contribution de Georges-Elia Sarfati. Ce texte, qui rappelle les axes principaux de la pensée de Viktor Frankl a pour objectif principal de souligner les enjeux sociétaux qui en découlent : une clinique du sens généralisée ne s'arrête pas aux portes du cabinet d'un médecin ou d'un psychothérapeute, mais comporte une pertinence pratique qui s'applique à l'ensemble des rapports sociaux. Sur la base du postulat anthropologique de l'Analyse Existentielle et de la Logothérapie, il ouvre une perspective de la clinique du sens incluant à parts égales la clinique et la critique pour inviter à ce qu'il nomme une *herméneutique existentielle* pour réfléchir et réorienter nos pratiques. Ensuite, Christine Parpan-Dericum concentre sa contribution plus spécifiquement sur le contexte de la psychothérapie en montrant quelles sont les implications du concept de la dignité inaltérable de la personne pour la pratique psychothérapeutique. Puis Maria Russo et Tamara Steiner exposent un cas clinique qui illustre la pratique de la logothérapie : la patiente est accompagnée à retrouver un sens à son existence en s'appuyant sur ses propres ressources. La thérapeute, s'appuie sur la modulation d'attitude permettant malgré une maladie incurable, de soutenir une patiente à faire face à sa souffrance sans s'y laisser réduire. Enfin, Elisabeth Ansen Zeder et Joëlle Gaillard Wasser proposent d'illustrer par des vignettes cliniques les quatre dimensions du concept de rétablissement et montrent comment la logothérapie s'appuyant

sur l'ontologie dimensionnelle de la personne peut offrir un ancrage paradigmatique au concept de rétablissement.

Au terme de cette introduction, nous voulons remercier ceux sans qui le colloque de novembre 2019 et la publication que voici n'auraient pas vu le jour. Tout d'abord le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) qui a pris en charge financièrement le déplacement et le logement des conférenciers venant de l'étranger. Ensuite, la plate-forme MS3 du CHUV a apporté son soutien pour lancer la mise sur pied du colloque. La Schweizerische Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (SGLE) a soutenu financièrement la participation des animateurs d'ateliers membre de cette association. La Haute Ecole Pédagogique de Fribourg, par le temps mis à disposition et la prise en charge financière des déplacements d'Elisabeth Ansen Zeder, Joëlle Gaillard Wasser (Cabinet Médical de Psychothérapie du Mont-sur-Lausanne), Etienne Rochat (CHUV), François Rouiller (CHUV) et Maria Russo (SGLE) ont passé d'innombrables heures avec les auteurs de cette introduction pour coordonner le programme du colloque. Des remerciements tout spéciaux vont à Monique Thiévent de l'Institut de sciences sociales des religions de l'Université de Lausanne (Unil) qui a assuré la confection des affiches et dépliants et, avec l'aide de Céline Silva, toute la logistique du colloque. Pour la publication, nous remercions le Centre interdisciplinaire d'histoire et de sciences des religions de l'Unil qui a soutenu financièrement la coordination éditoriale de ce volume, l'Association suisse de psychologie de la religion qui nous a aidé à finaliser les travaux éditoriaux grâce au travail efficace de Grégory Dessart, son nouveau président et Julien Norberg qui a assuré tout le travail de corrections des épreuves.

Bibliographie

- André, Christophe ; Jollien, Alexandre ; Ricard, Matthieu, *Trois amis en quête de sagesse, L'Iconoclaste/Allary*, Paris, 2016.
- Besson, Jacques, *Addiction et spiritualité : Spiritus contra spiritum*, Erès, Coll. "Inconscient et spiritualité", Paris, 2017.
- Bidar, Abdennour, *L'islam sans soumission : Pour un existentialisme musulman*, Albin Michel, Paris, 2008.
- Brandt, Pierre-Yves ; Day James Meredith (dir.) (2013), *Psychologie du Développement religieux. Questions classiques et perspectives contemporaines*, Labor et Fidès, Genève.
- Briançon, Muriel ; Pasquier, Florent ; Hagège, Hélène (2018), « Éducation(s) et Spiritualité(s) : Conceptualisation, problématisation, applications—Varia (56/juin 2020) », *Les Cahiers du CERFEE* 46, à paraître, <https://journals.openedition.org/edso/4845>
- Comte-Sponville, André, *L'esprit de l'athéisme : Introduction à une spiritualité sans Dieu*, Albin Michel, Paris, 2006.
- Ferry, Luc, *La révolution de l'amour : Pour une spiritualité laïque*, Plon, Paris, 2010.
- Frankl, Viktor, *Le Dieu inconscient : Psychothérapie et religion*, InterEditions, Paris, 2012.
- Gauchet, Marcel, *Le désenchantement du monde*, Gallimard, Paris, 1985.
- Hadot, Pierre (1974) « Exercices spirituels », *École pratique des hautes études, Section des sciences religieuses*, vol. 88, No 84, p. 25-70.
- Jahn, Bettina (2019) « Spiritual Care und Logotherapie », *Zeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse*, Heft 1, p. 34-44. <https://www.sgle.ch/wp-content/uploads/2019/04/Zusammenstellung-2019-1.pdf>
- Lenoir, Frédéric, *L'Âme du monde*, Editions Nil, Paris, 2012.

Lévinas, Emmanuel, *De dieu qui vient à l'idée*, Vrin, Paris, 1982.

Pujol, Nicolas; Jobin, Guy; Beloucif, Sadek (2014) « Quelle place pour la spiritualité dans le soin ? », *Esprit*, vol. 6, p. 75-89.

Rochat, Etienne; Rubli, Eve; Laouadi, Mehdi; Jobin, Guy (2018) « Importance de la prise en compte de la spiritualité lorsque l'hospitalisation rend le patient et/ou ses proches vulnérables. », in Bodenmann, Patrick; Jackson, Yves; Wolff, Hans (dir.), *Vulnérabilités, équité et santé*, Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg, p. 409-416.

Rochat, Etienne; Vollenweider, Peter; Rubli, Eve; Odier, Cosette (2015) « Prendre en compte la dimension spirituelle du patient : Plus pertinent à plusieurs », *Revue Médicale Suisse*, vol. 11, p. 2055-2057.

Rouiller, François (2013), « Dans notre culture, quelles spiritualités, qu'en faire ? », *Revue Internationale des Soins Palliatifs*, vol. 28, p. 225-226.

Sarfati, Georges-Elia, *Manuel d'analyse existentielle et de logothérapie*, Dunod, Paris, 2018.

Perspectives

Jacques Besson

Professeur honoraire, Faculté de biologie et de médecine FBM,
Institut des humanités en médecine (IHM), Université de Lausanne

Résumé : Cet article d'introduction présente les rapports entre spiritualité et santé de manière intégrative. Des éléments historiques montrent l'émergence de ce champ d'étude dans le domaine de la santé. Une élaboration des tensions entre les thématiques est abordée par les travaux du philosophe Ian Barbour. Les perspectives montrent l'importance des neurosciences dans ce qu'il est convenu d'appeler neurothéologie, dans un souhait d'intégration appelé à devenir la neuro-psycho-théologie.

Mots-clés : spiritualité, santé, *spiritual care*, neurosciences, psychologie de la religion, neurothéologie.

1 Introduction

Il s'agit d'une grande première dans le monde du *spiritual care*. En effet, c'est la première fois que se réunissent tous les spécialistes concernés par les rapports entre spiritualité et santé dans un congrès interdisciplinaire, à l'échelle européenne. Des professionnels de l'aumônerie, de l'accompagnement spirituel, de la psychiatrie, de la psychologie de la religion, de la psychothérapie et enfin de la logothérapie se réunissent pour deux jours de conférences et de workshops sur des cas cliniques. Deux ans de préparatifs auront été nécessaires pour finaliser cette aventure.

Cette introduction est constituée de trois points : émergence, divergence et convergence.

2 Emergence

Dans nos institutions hospitalières et plus récemment extra-hospitalières, émergent depuis de nombreuses années des activités d'aumônerie progressivement œcuméniques, dénommées depuis peu accompagnement spirituel. La formation des accompagnants spirituels est inspirée des techniques d'écoute venant de différentes formes de psycho-

thérapies, rappelant d'une certaine façon la « cure d'âme » historique. La psychologie de la religion est venue augmenter le corpus de connaissances utiles à la pratique sur le terrain (Paloutzian et Park, 2014). Mais sur le terrain également se développe de manière très laïque la psychiatrie de liaison, qui vient offrir ses prestations face à la souffrance psychique de manière concurrentielle, sans que les équipes soignantes soient informées sur les critères d'orientation entre « spi et psy ».

Au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), un groupe de travail s'est constitué depuis plusieurs années (Spirmed), pour dialoguer entre aumônerie/accompagnants spirituels et médecins ou soignants. Cette initiative a été reconnue par l'autorité hospitalo-universitaire par la création d'une plateforme Médecine, spiritualité, soins et société (MS3), qui développe enseignement, recherche et innovation dans les soins.

Parallèlement, dans le Département de psychiatrie du CHUV se déploie la supervision de l'aumônerie en psychiatrie de Suisse romande. Les problèmes cliniques sont abordés sous un angle spirituel et psychiatrique intégré. En effet les problèmes de santé mentale font dorénavant partie des priorités de santé publique de tous les pays du monde, incluant les pays émergents. Les aspects liés à la spiritualité ont été déclarés obligatoires à investiguer par le très officiel Diagnostic et statistique manuel de l'Association américaine de psychiatrie, dans son édition de 2013 (American Psychiatric Association, 2013).

3 Un peu d'histoire

À l'aube de l'humanité, les premiers humains sont saisis par l'angoisse fondamentale face à l'émergence de la conscience réflexive. Le mystère du mal et de la souffrance sont abordés par les chamanes, passeurs de mondes rendant visible l'invisible par les drogues. Le chamane est alors à la fois prêtre et médecin.

Hippocrate était issu de la dynastie des prêtres asclépiens, prêtres du dieu guérisseur Asclépios (Esculape chez les Romains). En examinant les malades, il en tire des observations objectivantes sur les symptômes et les origines des maladies et fonde la médecine moderne.

Dès lors la médecine se développe sur deux voies : une voie des guérisseurs et une voie scientifique. Ce clivage va se radicaliser à la Renaissance avec le siècle des Lumières, où la rationalité va rejeter toute forme de subjectivité, notamment spirituelle et religieuse. Ceci est toujours le cas en France aujourd'hui.

Le XIX^e siècle sera le siècle du positivisme, voire du scientisme, et c'est dans ce contexte qu'on assiste à la naissance de la psychanalyse. Le divorce entre la foi et la science est consommé.

4 Divergence

Au XX^e siècle, un philosophe des sciences, Ian Barbour (Barbour, 2000), va théoriser les rapports entre la foi et la science par une typologie :

- Un premier type est celui du conflit : la science ne reconnaît aucune validité à la foi et celle-ci affirme que la science ne comprend rien aux causes ultimes.

- Un deuxième type est celui du parallélisme : la foi et la science s'ignorent, laissant les acteurs se déployer sans dialogue possible.
- Un troisième type est celui du dialogue sur des zones-frontière, comme les phénomènes de mort imminente ou l'effet placebo.
- Enfin un quatrième rapport est fait de l'intégration : les deux parties admettent que chacune apporte un regard complémentaire sur la même réalité.

5 Convergence

Depuis quelques années, apparaissent les résultats d'études épidémiologiques, essentiellement américaines, montrant l'impact favorable de la spiritualité sur la santé, tant physique que psychique. Ainsi ressurgit le vieux débat sur médecine, psychiatrie et religion. Les progrès fulgurants des neurosciences vont permettre d'explorer les mécanismes d'action de la spiritualité sur la santé. L'effet placebo permet de montrer en imagerie fonctionnelle les circuits cérébraux dévolus aux systèmes de croyance, venant ainsi en renfort à la psychologie de la religion, en avant-poste sur cette exploration. Par ailleurs les travaux d'Aaron Antonovsky (Antonovsky, 1979), un sociologue médical rescapé d'Auschwitz, avaient montré l'importance de la cohérence sur ce qu'il a dénommé la salutogenèse. La salutogenèse est à l'envers de la pathogenèse chère aux médecins, un attracteur de santé dans l'avenir du patient. Ainsi, cohérence, croyance et salutogenèse seraient les fondements des rapports entre spiritualité et santé.

Dans cette perspective, il faut citer l'œuvre géniale de Viktor Frankl (Frankl, 2009), psychanalyste et neurologue viennois contemporain de Freud, dont il a repris la chaire en 1948. Lui aussi rescapé d'Auschwitz, Frankl a observé la vie dans le camp, et en retire la conclusion que les humains ont une volonté de sens et que si ce besoin n'est pas couvert, ils font face au vide existentiel, concept qu'il est le premier à avoir décrit. Le vide existentiel provoque une névrose de civilisation, caractérisée par la dépression, l'agression et l'addiction. Frankl va fonder une nouvelle forme de psychothérapie, la logothérapie, sur des bases existentielles et de dépassement de soi.

Comme on peut ainsi le voir, nous sommes arrivés à un carrefour des neurosciences, de la psychologie et de la psychothérapie existentielle, venant à point nommé pour soutenir et légitimer le *spiritual care*. C'est pourquoi ce colloque est prometteur en termes d'échanges interdisciplinaires.

6 Neurothéologie

La neurothéologie est une science émergente interdisciplinaire, au carrefour des sciences naturelles et des sciences humaines. Rencontre entre neurosciences, psychologie, théologie, phénoménologie, sociologie et histoire des idées notamment, la neurothéologie veut apporter une nécessaire intelligence collective sur l'extraordinaire complexité de ce domaine. On doit au bouddhisme et à l'Institut Mind and Life du Dalaï-Lama les premières recherches neuroscientifiques sur la méditation (Helliwell, 2015). Les images de moines bouddhistes en méditation profonde dans des scanners ont fait le tour de la planète. Depuis lors, quelques centres universitaires américains ont développé des compétences neurothéologiques, notamment à Philadelphie, avec Andrew Newberg (Newberg, 2010) de l'Université de Pennsylvanie, un neuroradiologue qui a

posé les bases méthodologiques de la neurothéologie en termes d'interdisciplinarité respectueuse des différences épistémologiques.

Après l'imagerie cérébrale fonctionnelle, la génétique est venue apporter un regard complémentaire : nous ne sommes pas tous égaux face à la spiritualité. La neurophysiologie est venue apporter des études contradictoires, alors que la neuropsychologie poursuit ses recherches sur la dominance hémisphérique (droite, pour les religions).

La neurothéologie pose la question de l'existence de Dieu : est-Il une production de l'évolution ? Il donnerait alors un avantage évolutionnaire aux groupes animaux incluant l'humain qui pratiquent l'altruisme (hypothèse darwinienne) ; ou bien l'existence de Dieu est-elle un mystère qui permet la relation de la créature à son Créateur ? Il s'agit sans doute de la catégorie de l'indécidable, apparue avec la physique de Heisenberg ou de Schroedinger.

On pourrait ainsi imaginer une neuro-psycho-théologie intégrée, qui permettrait à la science de dialoguer avec la spiritualité et la théologie. . .

7 Perspectives

On le voit, la santé apparaît avec une profondeur renouvelée. Il s'agit de sortir de nos « silos » et d'établir une véritable discussion interdisciplinaire. La santé apparaît dès lors comme « tri-une » ! Y aurait-il alors trois ordres de la santé ? Un ordre biologique, moléculaire et cellulaire, un ordre psychique, cognitif et affectif, conscient et inconscient, et un ordre spirituel, fait de cohérence, de salutogenèse, et de compassion.

Comment organiser dès lors une transversalité entre les trois ordres de la santé ? A l'image de la médecine tibétaine faut-il se représenter une intégration, où la santé spirituelle serait une condition pour la santé psychique, elle-même une condition pour la santé somatique ?

Comment alors mettre en œuvre cette nouvelle médecine du sens, dans une perspective holistique ? Il y va de la spiritualité en médecine à mettre en œuvre.

Ainsi, le *spiritual care* a-t-il une mission révolutionnaire pour initier une véritable médecine de la personne, comme l'avait prévu de manière visionnaire le Dr Paul Tournier (Tournier, 1940).

Bibliographie

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition), American Psychiatric Publishing, Arlington VA, 2013.

Antonovsky, Aaron, Health, stress and coping, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1979.

Barbour, Ian, When science meets religion, HarperCollins, New York, 2000.

Frankl, Viktor ; Lenhardt, Vincent ; Sarfati, Georges-Elia, Nos raisons de vivre : à l'école du sens de la vie, Intereditions, Paris, 2009.

Helliwell, John F. ; Layard, Richard ; Sachs, Jeffrey, World happiness report : sustainable development solutions network, New York, 2015.

Newberg, Andrew, Principles of neurotheology, Ashgate Publishing, Farnham, 2010.

Paloutzian, Raymond F. ; Crystal L. Park (dir.) (2014), Handbook of the psychology of religion and spirituality, Guilford Publications, New York.

Tournier, Paul, La médecine la personne, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1940.

Pour une prise en soins globale et intégrative

Pierre-Yves Brandt

Professeur de psychologie de la religion à l'Université de Lausanne

Résumé : La tâche d'accompagnement spirituel en milieu de santé est en pleine transformation dans nos sociétés occidentalisées. Différents signes en sont l'expression. Dans le monde hospitalier, tout d'abord, où les aumôniers tendent en de nombreux endroits à devenir des accompagnants spirituels dont l'appartenance confessionnelle n'est plus affichée et dont les compétences sont mises au service de tous. Dans les dispositifs de soins envisagés plus largement, ensuite, où d'autres acteurs présents dans ces dispositifs (médecins, infirmières, assistants sociaux, psychologues, etc.) cherchent comment intégrer la spiritualité dans les soins. Il en résulte divers modèles de prise en soins de la spiritualité dont la mise en œuvre s'étend hors du monde des hôpitaux. On en trouve des expressions dans des établissements qui accueillent des personnes âgées, par exemple. Plus récemment, des expériences en cours cherchent également comment intégrer la spiritualité dans les soins à domicile. Toutes ces démarches invitent à préciser ce que l'anglais désigne par « *spiritual care* ». C'était notamment l'enjeu du colloque international intitulé « Clinique du sens » qui s'est tenu à l'Université de Lausanne les 14 et 15 novembre 2019. Le texte qui suit propose quelques pistes de réflexion en vue d'une prise en soins globale et intégrée de la personne souffrante. Ces pistes ont pour but de baliser le débat sous-jacent aux diverses interventions qui ont pris place durant ce colloque.

Mots-clés : *spiritual care*, aumôniers, accompagnants spirituels, spiritualité, religion, soins, approche globale et intégrative, *meaning-making*.

1 La transformation du rôle des aumôniers

Commençons par la transformation du rôle des aumôniers. Il était courant, au siècle passé, que l'aumônier d'hôpital soit un prêtre ou un pasteur, visitant les malades au nom d'une confession religieuse précise : protestant, catholique, juif, musulman, etc. Il venait offrir un cadre interprétatif de la souffrance et de la maladie propre à la confession religieuse qu'il représentait. Cette interprétation s'exprimait par des paroles, des célébrations liturgiques et des actes rituels. Cette forme d'aumônerie existe encore dans bien des endroits. C'est notamment le modèle officiellement en vigueur en France ou en Belgique. Mais dans d'autres pays, l'expression de l'appartenance confessionnelle par les aumôniers s'est estompée, lorsqu'ils se rendent auprès des malades, au profit d'une action centrée sur le patient, à l'écoute du système de références du

malade. La démarche n'est plus confessionnelle, mais à destination de tous. Cette évolution peut être le propre choix des services d'aumônerie qui estiment que c'est ainsi qu'ils continueront à être au service de tous ; elle peut aussi s'opérer sous la contrainte des autorités politiques ou des directions d'institutions hospitalières. Parfois les deux facteurs se combinent pour pousser à la transformation. Il y a ici une grande diversité de formes, en fonction des contextes locaux variés. Par exemple, au Centre hospitalier universitaire du canton de Vaud (CHUV) à Lausanne (Suisse), les aumôniers ont décidé il y a deux ans de s'appeler « accompagnants spirituels ». L'obligation d'adopter une posture non-confessionnelle résultait d'un choix politique plus ancien : suite à l'adoption d'une nouvelle Constitution par le canton de Vaud en 2003, l'obligation avait été adressée aux Eglises protestante et catholique par les autorités politiques du canton d'assurer les diverses tâches d'aumônerie de manière œcuménique au service de la population dans son ensemble. A l'hôpital, le service d'aumônerie, devenu œcuménique, a donc pour mission d'être au service de tous les patients. Reste que, dans ce contexte, le choix de s'appeler « accompagnants spirituels » plutôt qu'aumôniers est une décision qui a été prise par le service d'aumônerie lui-même. Or l'aumônerie du CHUV n'est pas la seule à opérer une transformation du rôle des aumôniers. Pour nous aider à éclairer ce qui se joue dans ce type de transformation, il vaut la peine de comparer divers contextes où des processus similaires se passent. Les contributions de Hetty Zock (2020) et de Lars Danbolt et Hans Stifoss-Hanssen (2020), dans ce volume, apportent des éclairages intéressants sur les transformations du rôle d'aumônier aux Pays-Bas et en Scandinavie, deux régions d'Europe où le degré de sécularisation de la société est très avancé.

Cependant, redéfinir le rôle de l'aumônier ne peut pas s'opérer sans que cela ait un impact sur le rôle des autres intervenants du monde de la santé. Si un service d'aumônerie se transforme en service de « *spiritual care* », il va falloir préciser ce que l'on entend par là et ce qui fait la spécificité de l'aumônier ou accompagnant spirituel dans ce cadre. En effet, une tension se manifeste dans le monde des soins en ce qui concerne la manière dont est envisagée la prise en soins de la spiritualité : faut-il en faire la spécificité d'un service de l'hôpital dès lors habilité à s'appeler « Service de soins spirituels », comme c'est par exemple le cas au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), ou faut-il considérer que c'est la tâche de tous et implanter une prise en soins globale de la personne dans tous les services de l'hôpital ? Il importe donc de préciser ce que l'on appelle « *spiritual care* ».

2 Que faut-il appeler *spiritual care* ?

Parce que le monde anglophone parle de « *spiritual care* », on a pensé qu'il suffisait de traduire en français « spirituel » par « spirituel », voire « *spiritual care* » par « soins spirituels ». C'est ainsi que les aumôniers d'hôpitaux du Québec se sont renommés en 2006 « intervenants en soins spirituels » et se sont regroupés dans l'*Association des intervenants et intervenantes en soins spirituels du Québec (AISSQ)*¹.

Mais que recouvre le terme « spirituel » ? Il y a d'abord un problème de terminologie, notamment quand on tente de traduire ce terme d'une langue dans une autre. En

1. Cf AISSQ (s.d.).

néerlandais, par exemple, on préfère utiliser le terme « *geestelijk* » que le terme « *spiritueel* », qui existe aussi, lorsqu'il s'agit de parler d'accompagnement spirituel. En effet, le terme « *spiritueel* » risque de faire penser aux trolls, aux fantômes, au monde des esprits, donc à des phénomènes bizarres et paranormaux plutôt qu'à l'accompagnement existentiel de la vie intérieure de la personne. En allemand aussi, l'accompagnement spirituel sera une « *geistige Begleitung* » et non une « *spirituelle Begleitung* », parce que là aussi « *spirituell* » risque d'orienter vers une pratique peu engagée dans le concret de la vie.

En parlant de « soins spirituels », on risque donc une compréhension étroite, « spiritualiste » de l'accompagnement spirituel. Or, ce que les aumôniers de la santé, devenus en certains lieux accompagnants spirituels ou intervenants en soins spirituels, cherchent à offrir, c'est un accompagnement de la personne toute entière dans son expérience de la souffrance, de la maladie et de la finitude. Pour rendre compte de cette tâche, il vaut la peine de vérifier que les termes de « spiritualité » et « d'accompagnement spirituel » sont bien les plus appropriés dans le contexte où l'on se trouve. On peut en effet se demander si, dans certains cas, on ne ferait pas mieux, en s'inspirant de Viktor Frankl (2019) et de l'École française d'analyse et de thérapie existentielle (EFRATE), de parler d'accompagnement « existentiel ».

Pour prolonger ce questionnement, rappelons brièvement ce que recouvre le terme « spiritualité » dans le contexte de la santé. Dans ce contexte, comme l'exprime l'extrait suivant tiré d'un texte écrit par deux psychiatres (Josephson et Wiesner, 2004), le terme « spiritualité » tend à englober le terme « religion » :

« Les termes religion et spiritualité sont souvent utilisés comme synonymes, mais sont en réalité des aspects distincts, quoique liés, de l'expérience de vie. Dans son usage général, le terme *spiritualité* se réfère à la connexion entre soi et des réalités plus grandes que soi ou plus grandes que l'univers matériel. Il s'agit d'un concept englobant (*umbrella concept*) dans lequel la catégorie spécifique de la *religion* est englobée. La tendance à croire que l'existence est plus que le matériel – que la vie comporte un élément spirituel – est codifiée dans diverses religions par des croyances et des événements historiques, ou des principes, qui sont habituellement documentés sous forme écrite (Écritures saintes). Les religions formalisent les expériences de l'individu spirituel. Leurs modes d'expression comprennent des éléments cognitifs (croyances et théologie) et des éléments comportementaux, tels que des expériences rituelles et spirituelles (par exemple, la prière et les services religieux). Ces expressions religieuses sont généralement codifiées et, en tant que telles, inévitablement liées à des traditions spécifiques. »² (Josephson et Wiesner, 2004, p. 16).

Cette définition contraste avec le fait que, du point de vue des traditions religieuses, la spiritualité est généralement incluse dans religion. Dans le christianisme, par exemple, on peut distinguer une spiritualité franciscaine d'une spiritualité ignacienne ou carmélitaine. On peut parler d'une spiritualité piétiste ou charismatique. Dans l'islam, on

2. Ma traduction.

peut distinguer diverses formes de spiritualités soufies. Ce renversement du rapport d'inclusion qui englobe la religion dans la catégorie plus vaste de la spiritualité n'est pas réservé au monde de la santé. Il est caractéristique de la distance prise par un grand nombre de nos contemporains à l'égard des institutions religieuses ; il est aussi caractéristique de l'individualisation des systèmes de croyances et de pratiques dans nos sociétés occidentalisées. Nous vivons « à l'ère de l'ego » (Stolz, Könemann, Schneuwly Purdie, Englberger et Krüggeler, 2015), à une période où certains demandent qu'on reconnaisse qu'ils sont spirituels mais pas religieux. Le développement du « *spiritual care* » s'inscrit dans cette mouvance. Il est l'expression du souci d'accompagner tous les patients dans l'expérience de la souffrance en reconnaissant le droit de chacun d'inscrire cette expérience dans son propre système de sens et de valeurs. L'exercice de cet accompagnement ne doit pas être entravé par des questions d'affiliations religieuses. On reconnaît donc au patient le droit d'avoir une vision du monde et un système de sens et de valeurs qui ne coïncident pas forcément avec ceux des traditions religieuses. C'est cette vision du monde et ce système de sens et de valeurs que l'on va appeler la « spiritualité du patient ». En ce sens, la diversité des spiritualités déborde la diversité des spiritualités ancrées dans des traditions religieuses.

Mais le monde de la santé ne se contente pas de reconnaître que la compréhension de la santé et de la maladie comporte aussi une dimension spirituelle. Il associe également le concept de « spiritualité » à celui de « bien-être ». Ainsi, en 1975 aux Etats-Unis, la « Coalition nationale interdénominationnelle sur le vieillissement » (National Interfaith Coalition on Aging) définissait le bien-être spirituel (*spiritual well-being*) comme « l'affirmation de la vie en relation avec Dieu, soi, la communauté et l'environnement, qui nourrit et célèbre la complétude (*wholeness*) »³ (cité par Ai, 2000, p. 3). Elle en tirait comme conséquence qu'il faut donc faire des efforts pour améliorer le « *spiritual care* » auprès des patients âgés. Cette définition date de 1975 aux Etats-Unis. Il est évident que la reconnaissance de la diversité des formes de spiritualités conduit à relativiser la généralité de cette définition : toutes les formes de spiritualités n'incluront pas la relation à Dieu, quelle que soit la manière dont on définit ce terme, dans la définition du bien-être spirituel. Reste que le souci de favoriser le bien-être spirituel est devenu une préoccupation qui n'est pas réservée à l'aumônier ou à l'accompagnant spirituel. Dans de nombreux pays, en effet, la prise en compte de la spiritualité est revendiquée aussi bien par des médecins, par des infirmières ou infirmiers, par des psychologues ou par d'autres soignants encore. De plus en plus, les réflexions qui accompagnent la mise en place de modèles de soins intégrant la spiritualité soulignent que personne ne peut prétendre assurer seul le « *spiritual care* » du patient. C'est une affaire d'équipe soignante et il s'agit donc d'apprendre à travailler en équipe.

Dès lors, comment collaborer entre soignants, médecins, aumôniers, pour « célébrer la complétude », « l'entièreté » de la personne ? Avec comme corollaire la question de préciser quelle est la spécificité de la tâche de l'aumônier ou de l'accompagnant spirituel dans une équipe soignante.

3. Ma traduction.

3 Intégrer la spiritualité dans les soins ?

Dans de nombreuses publications consacrées à la prise en compte de la dimension spirituelle des soins, il est courant de dire qu'il s'agit d'« intégrer la spiritualité dans les soins ». C'est par exemple le sous-titre que donne Stéphanie Monod-Zorzi à son ouvrage sur les soins aux personnes âgées : « Soins aux personnes âgées : intégrer la spiritualité ? » (Monod-Zorzi, 2012), reflétant ainsi une préoccupation croissante dans le monde des soins. Cette préoccupation conduit à un questionnement exprimé par le point d'interrogation qui ponctue le sous-titre de son ouvrage. En effet, au moment où certains acteurs du monde de la santé passent d'une approche biomédicale à une approche biopsychosociale de la santé sous l'impulsion de Engel (1977), la question se pose de savoir si la spiritualité est bien prise en compte par ce changement de perspective. En lisant attentivement Engel, on pourrait entendre que le système de sens du patient, y compris les aspects religieux et spirituels de ce système de sens, est inclus dans le modèle biopsychosocial de soins, du fait que le contexte social et culturel est pris en compte pour interpréter la maladie et la manière de la traiter. Engel parle à ce propos de la maladie comme d'un « *problem of living* », expression pas facile à traduire. Faut-il traduire par « problème de vie », « problème de vivant », « problème de vivre », « difficulté de vivre » ? Quel que soit le choix effectué, on pourrait donc entendre que la dimension spirituelle est prise en compte dans son modèle. Pourtant, à l'image de Sulmasy (2002), certains pensent que ce n'est pas suffisant et proposent d'ajouter explicitement dans le modèle de soins une dimension supplémentaire correspondant aux aspects spirituels de la personne prise dans sa totalité et, par conséquent, d'adopter une approche biopsychosociale *et* spirituelle.

Quelle que soit la position adoptée, cette discussion tend à faire penser que la spiritualité est une dimension qui peut être ou non intégrée dans les soins. Or, cette manière de parler risque de provoquer des malentendus. Tout d'abord, l'idée que l'on peut intégrer ou non la dimension spirituelle dans les soins laisse entendre qu'il pourrait d'un côté y avoir un soin de base sans intégration de la dimension spirituelle et de l'autre un soin enrichi, un « soin de base accompagné d'un soin spirituel », ce qui risque de conduire à l'idée que l'intégration de la spiritualité dans les soins serait réservée à ceux qui peuvent se la payer, les patients riches ou les patients des pays riches. Elle serait une composante d'un soin de luxe : certains établissements offrent parmi leurs prestations un accompagnement spirituel.

Un autre malentendu consiste à envisager la prise en compte de la dimension spirituelle dans les soins comme l'adjonction d'un point de vue supplémentaire sur le patient. Pour penser le traitement, on ajouterait donc un spécialiste supplémentaire, qui aidera à prendre en considération des facteurs propres à la dimension spirituelle pouvant aider à comprendre l'étiologie d'une maladie ou de comorbidités et offrir des ressources supplémentaires pour le traitement. Dans ce cas, intégrer la spiritualité dans les soins aurait pour conséquence l'adjonction d'un intervenant supplémentaire dans l'équipe soignante. Avec pour conséquence, une fois encore, que l'intégration de la spiritualité dans les soins constituerait un luxe qu'on ne peut pas se permettre quand on a des moyens financiers restreints.

Alors, je ne vais certes pas nier que la maladie, la souffrance ou la proximité de la mort peuvent prendre un sens spirituel ou religieux pour certains patients plus que pour d'autres. Il est évident que ce sont les patients qui accordent un sens spirituel ou religieux à la maladie, la souffrance ou la proximité de la mort qui bénéficieront tout particulièrement de la possibilité de rencontrer un aumônier ou un accompagnant spirituel pour en parler et cheminer avec ce soutien. Mais si c'est le seul moment où la spiritualité du patient est prise en considération par l'équipe soignante, comment pourrait-on alors prétendre qu'on a ainsi intégré la spiritualité dans les soins ? On aura alors juste juxtaposé la prise en considération de la spiritualité du patient à des soins qui, par ailleurs, ne l'intègrent d'aucune manière. Cette forme d'accompagnement spirituel est tout à fait compatible avec un modèle biomédical de prise en soins et n'oblige ni à adopter un modèle biopsychosocial ni un modèle biopsychosocial et spirituel.

Pour éviter ce type de malentendus qui considèrent la spiritualité comme une dimension optionnelle dans les soins, une dimension qui peut être prise en compte ou non suivant qu'on en a le temps et les moyens ou non, il vaut peut-être mieux parler d'approche globale et intégrative du patient que d'intégration de la dimension spirituelle dans les soins.

4 Pour une approche globale et intégrative de la personne

Ce que je propose, c'est donc de ne pas considérer la spiritualité comme une dimension qui pourrait être intégrée ou non dans les soins, mais comme la posture fondamentale à partir de laquelle une personne est approchée dans tout ce qui la constitue. Autrement dit, quel que soit le soin apporté, il s'agit d'emblée d'envisager comment le patient est rencontré dans sa globalité, dans son intégralité. En ce sens, le soignant qui estime que la vision du monde du patient n'a pas d'importance pour l'exercice du soin adopte tout autant une forme de spiritualité dans sa posture de soins que le soignant qui considère systématiquement la vision du monde du patient.

Le soin constitue une relation qui s'opère à l'intersection du monde du système de soins et du monde du patient. En ce sens, parler de « *spiritual care* » signifie que nous avons conscience qu'aucun soin, même le plus modeste, ne peut être offert sans se demander comment ce soin participe à l'affirmation d'une vie qui « célèbre la complétude », pour reprendre une formule déjà citée. Si l'expression « *spiritual care* » ne paraissait pas dire cela suffisamment explicitement et risquait donc de prêter à confusion, il serait du devoir des soignants sensibles à l'importance de promouvoir cette approche du patient de chercher une terminologie plus adéquate. Certains ont utilisé les termes « soins holistes » ou « soins holistiques », avec le risque d'activer des connotations New Age attachées au terme « holiste ». Une autre possibilité serait de parler de « soins globaux », au risque d'être trop vague. Puisqu'il s'agit de considérer la personne dans sa complétude, dans son intégralité, je suggère ici de parler d'approche globale et intégrative de la personne. Certains préféreraient peut-être parler d'« approche intégrale », en écho par exemple à l'expression d'« écologie intégrale » qui commence à être en usage aujourd'hui.

Ces considérations résultent en partie d'une réflexion que j'ai menée récemment sur le « *spiritual care* » de personnes âgées vivant dans des zones rurales, à l'occasion de deux conférences que j'ai été invité à donner en Roumanie (Brandt, Dandarova Robert, & Laubscher, 2019). A cette occasion, je me suis plongé dans la situation actuelle des personnes âgées habitant dans les villages d'Europe. De manière générale, les zones rurales se dépeuplent et la population y est vieillissante. De plus en plus de personnes âgées vivent dans des conditions précaires et souffrent de solitude dans des environnements où les services de proximité se péjorent. En France, par exemple, on a inscrit dans les tâches des postiers de campagne la possibilité de prendre un café chez une personne âgée habitant dans un lieu retiré (UNECE, 2017, p. 14). En Roumanie, les soins et services sanitaires de première ligne (*primary care*) sont assurés par les médecins de famille. Cependant, rares sont les villages où réside un médecin de famille. Les personnes âgées ayant besoin de soins sont donc dépendantes de leur entourage pour se rendre dans un cabinet médical dans une autre localité. Celles qui ne peuvent pas compter sur des proches se retrouvent très démunies.

Ce qui m'a frappé, en lisant des études sur le vieillissement de la population dans les zones rurales, qu'il s'agisse de rapports européens rédigés par des instances politiques (UNECE, 2017) ou l'OMS (Rotar Pavlič, Miftode, Balan et Farkas Pall, 2015), ou de travaux scientifiques rédigés par des géographes (Nancu, Guran-Nica et Persu, 2010) ou des spécialistes du vieillissement (Bodogai et Cutler, 2013 ; Coleman *et al.*, 2011 ; Epure et Guran-Nica, 2014), c'est de constater l'absence de mention du rôle que jouent les communautés religieuses. Pourtant, dans certains environnements comme la Roumanie par exemple, chaque village est encore visité très régulièrement par un prêtre ou un pasteur. Dans ce cadre, le « *spiritual care* » auprès des personnes âgées se confond encore avec un « *pastoral care* ». Lorsque le prêtre ou le pasteur de campagne trouve dans un village isolé une personne âgée dans un état de santé préoccupant, peut-il se contenter de s'occuper de sa vie spirituelle au sens étroit du terme ? N'est-il pas inévitablement confronté à l'obligation d'une prise en considération globale de la personne et de ses besoins ? Il ne parlera peut-être pas beaucoup de Dieu ou de thèmes de la vie spirituelle au sens strict du terme, mais se souciera de la personne, de sa souffrance. Que serait une visite qui se contente d'une prière et laisse ensuite la personne seule avec les douleurs d'un cancer en phase terminale ou les souffrances associées à une dépression profonde ? Pourtant le prêtre ou le pasteur en question n'a pas la compétence médicale pour prescrire un traitement de la douleur ni la compétence psychologique pour assurer un accompagnement psychothérapeutique. Il va donc lui falloir réfléchir à la manière de faire équipe avec d'autres intervenants pour venir en aide à la personne rencontrée. Sur le plan professionnel, il y a des liens à tisser avec le système de soins et avec le système d'assistance sociale pour voir comment les mobiliser. Il y a aussi au sein de la communauté paroissiale locale des bénévoles qui peuvent s'organiser pour constituer un réseau de solidarité. Il s'agit de faire équipe avec d'autres intervenants qui partagent une vision commune de la prise en soins de la personne souffrante dans sa globalité, dans son intégralité.

J'ai évoqué ici une situation provenant d'un contexte rural dans un pays de l'est de l'Europe. Quel rapport avec le « *spiritual care* » en monde hospitalier ? C'est qu'à mon sens, l'approche ne devrait fondamentalement pas y être différente. Parler

d'accompagnement spirituel, de « *spiritual care* », ne veut pas d'abord dire que l'on intègre un nouveau spécialiste dans une équipe de soins. Dans l'expression « *spiritual care* », le terme « spirituel » devrait plutôt vouloir dire « global », « intégré », « intégratif », ou tout simplement « profondément humain », « humanisant ». C'est cette posture qu'il est impératif que n'importe quel professionnel adopte quel que soit le patient qu'il rencontre.

Quelle est la spécificité de l'aumônier ou de l'accompagnant spirituel dans une telle perspective ? Il n'est pas là pour avoir l'exclusivité de la prise en compte de la vision du monde du patient dans la conversation entre le patient et l'environnement du soin (du « *care* ») dont bénéficie le patient. Au contraire. Certes, l'aumônier ou l'accompagnant spirituel a des compétences pour mener une conversation qui mobilise la vision du monde du patient dans l'expérience que constitue l'expérience de la maladie. Mais l'expression de ces compétences ne devrait pas rester confinée dans l'intimité d'un entretien en tête-à-tête avec le patient. La mission de l'aumônier ou de l'accompagnant spirituel est aussi et peut-être avant tout à destination de l'équipe soignante pour l'aider à ne pas perdre de vue la personne dans sa globalité, avec tout ce qui fait sens pour elle. L'enjeu est que chaque membre de l'équipe soignante puisse rester profondément humain dans sa manière d'approcher chaque patient. L'accompagnement de l'équipe soignante, ainsi que de chaque membre de cette équipe avec la vision du monde qui est la sienne, constitue une tâche tout aussi, sinon plus importante, que la rencontre des patients eux-mêmes. Car si les soignants sont partie prenante d'une approche globale, intégrale du patient, prêts à entendre ce qui fait sens pour lui, attentifs à son système de valeurs, c'est tout le dispositif de soins qui répondra aux critères d'un « *spiritual care* » global et intégratif. Mais cela signifie que l'aumônier ou l'accompagnant spirituel soit disponible pour écouter les questionnements des soignants sur le sens de leur propre pratique et capable d'accompagner les débats et prises de décisions éthiques au sein des équipes soignantes. Ensuite, vu du point de vue du patient, ce n'est pas forcément un intervenant estampillé « aumônier » ou « accompagnant spirituel » qui sera identifiée comme offrant l'accompagnement spirituel bienvenu pour traverser l'expérience de la maladie. Ce sera peut-être le médecin, peut-être une infirmière ou un autre membre de l'équipe soignante, ou même toute l'équipe dans son ensemble qui pourra être identifié par le patient comme lui prodiguant un accompagnement spirituel, c'est-à-dire lui permettant de traverser l'expérience de la maladie en lui donnant sens dans sa propre vision du monde. Alors le patient pourra dire qu'il est bénéficiaire de prestations de soins qui ne sont pas déshumanisantes, mais par lesquelles il se sent respecté dans sa dignité humaine et reconnu comme un semblable.

5 Clinique du sens

Dans le cadre du colloque international que nous organisons, nous avons rangé l'ensemble des contributions sous le titre « Clinique du sens ». Arrivés à ce point de notre réflexion, ajoutons encore quelques mots pour préciser ce que l'on entend par « sens ».

Depuis plusieurs années, les accompagnants spirituels du CHUV investiguent la spiritualité du patient à l'aide de l'outil STIV qui la modélise selon quatre axes principaux : Sens, Transcendance, Identité, Valeurs. L'importance accordée à chacun de ces axes

varie d'une personne à l'autre. Il y a des spiritualités où la transcendance joue un rôle central, d'autres où elle est quasi inexistante. De même, la spiritualité de certaines personnes s'organise principalement autour d'un système de valeurs alors que, pour d'autres, les valeurs ne sont qu'une composante de leur représentation du monde ou même ne jouent qu'un rôle très relatif. Dans cette manière de modéliser la spiritualité, le sens constitue un des axes du modèle. Pour certaines personnes, en effet, ce qu'elles appellent leur spiritualité renvoie essentiellement à un système de sens. La spiritualité, c'est le système de référence qui leur permet de donner sens à leur vie. Mais on ne peut pas dire que la question de donner du sens à la vie constitue forcément pour toute personne un enjeu majeur. Ainsi en est-il, du moins, si l'on interprète la question du sens comme besoin de pouvoir formuler cognitivement une représentation de soi et du monde au moyen d'énoncés cohérents et sensés (*meaning-making*).

C'est notamment la conclusion d'une méta-analyse menée sur des études qualitatives portant sur le « *spiritual care* » en fin de vie et dans les soins palliatifs (Edwards, Pang, Shiu et Chan, 2010). Cette méta-analyse montre que les patients en fin de vie ou bénéficiant de soins palliatifs cherchent moins à donner du sens (*meaning-making*) à leur existence qu'à rester insérés dans des relations signifiantes. Par conséquent, le « *spiritual care* » attendus par ces patients n'est pas d'abord d'être soutenu dans une quête de sens face à une existence qui semblerait n'avoir plus de sens. Ce qu'ils attendent, c'est qu'on leur offre une présence, qu'on les accompagne en cheminant avec eux, qu'on les écoute, qu'on s'engage avec eux dans un partage réciproque. C'est pourquoi ces auteurs concluent que, pour ces patients, le « *spiritual care* » qui convient ne consiste pas tant à parler avec eux de questions spirituelles, mais bien plutôt dans la manière dont les soins somatiques leur sont prodigués.

Cette affirmation converge avec les résultats d'une étude menée récemment par des chercheurs chinois sur les attentes spirituelles des personnes âgées vivant dans des zones rurales du Fujian, en Chine (Lin, Shang, Wang et Zheng, 2020). Ces auteurs concluent que le noyau des besoins spirituels des personnes âgées réside dans l'intégration sociale. En conséquence de ce résultat, ils plaident pour une rénovation architecturale de l'environnement spatial des habitations villageoises qui favorise l'intégration sociale.

On rejoint ici également des résultats que nous avons obtenus dans le cadre d'une étude exploratoire menée dans deux résidences pour personnes âgées en zone urbaine du canton de Vaud, Suisse (Brandt, Laubscher, Gamaiunova et Dandarova Robert, 2017). Lorsqu'il s'est agi de décrire les besoins spirituels des résidents, un aumônier a déclaré : « J'ai pu remarquer, c'est mon observation tout à fait personnelle, j'ai pu remarquer que le besoin commun de tous ces résidents, c'est une présence humaine. » (p. 9).

Si, à certains moments de la vie, la question du sens de la vie ne se pose pas ou plus, si ce qui compte n'est pas ou plus de répondre à cette question mais simplement d'« être inséré dans des relations signifiantes », il apparaît alors que la signification attribuée à ce que l'on appelle « sens » s'élargit considérablement. Le « *spiritual care* » comme « clinique du sens » ne consistera alors pas tant à thématiser la question de la spiritualité avec le patient, mais bien plus à veiller à ce que le patient/la patiente puisse

continuer d'être inséré dans des relations significantes pour lui, pour elle. Cela suppose bien sûr d'avoir pris la peine de comprendre, en écoutant le patient/la patiente et en s'intéressant à lui/elle, quelles sont les relations qui sont significantes pour lui, pour elle. Ces relations peuvent inclure des personnes proches ou lointaines, des membres de la famille et de l'équipe soignantes, des animaux et des plantes, des objets et des lieux, et aussi, pour certains patients, des figures spirituelles (Dieu, saints, anges, etc.). Ces relations peuvent elles-mêmes être médiatisées de diverses manières, notamment par des personnes, des objets, des pratiques. L'important est que la personne puisse avoir l'assurance qu'elle est considérée avec tout cela, qu'elle est accueillie avec tout ce qui fait sens pour elle. Une clinique du sens veille à la prise en compte globale de la personne. C'est ainsi que nous entendons cette expression.

Bibliographie

- Ai, Amy (2000) « Spiritual well-being, population aging, and a need for improving practice with the elderly : a psychosocial account », *Social Thought*, vol. 19, No. 3, p. 1-21. doi : 10.1080/15426432.2000.9960265
- AISSSQ (s.d.), Association des intervenants et intervenantes en soins spirituels du Québec : <https://www.aiissq.org/> (consulté le 27/01/2020).
- Bodogai, Simona I.; Cutler, Stephen J. (2013) « Aging in Romania : research and public policy », *The Gerontologist*, vol. 54, No. 2, p. 147-152. doi : 10.1093/geront/gnt080
- Brandt, Pierre-Yves ; Dandarova Robert, Zhargalma ; Laubscher, Karine (2019) « Spiritual care for the elderly : offering the opportunity to talk about death », *Studia Universitatis Babeş-Bolyai Theologia Orthodoxa*, vol. 64, No. 2, p. 105-114. doi : 10.24193/subbto.2019.2.08
- Brandt, Pierre-Yves ; Laubscher, Karine ; Gamaïunova, Liudmila ; Dandarova Robert, Zhargalma (2017) « Vieillir en institution en Suisse romande : la prise en compte de la spiritualité pour favoriser le bien-être », ISSR Université de Lausanne, Working Paper No. 12, p. 1-36. https://www.unil.ch/issr/files/live/sites/issr/files/shared/Publications/WP_WorkingPapers/WorkingPaper_12_ISSR_FTZR_UNIL.pdf
- Coleman, Peter G. ; Roxana, O. Carare ; Petrov, Ignat ; Forbes, Elizabeth ; Saigal, Anita ; Spreadbury, John H. ; Yap, Andrea ; Kendrick, Tony (2011) « Spiritual belief, social support, physical functioning and depression among older people in Bulgaria and Romania », *Aging & Mental Health*, vol. 15, No. 3, p. 327-333. doi : 10.1080/13607863.2010.519320
- Danbolt, Lars ; Stifoss-Hanssen, Hans (2020) « Health Care chaplaincy in the nordic countries : transformations and perspectives », in Ansen Zeder, Elisabeth ; Brandt, Pierre-Yves ; Besson, Jacques (dir.), *Clinique du sens, éditions des archives contemporaines*, France, p. 35-46. doi : 10.17184/eac.3272.
- Edwards, Adrian ; Pang, Nai ; Shiu, Vanessa ; Chan, Cecilia (2010) « The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care : a meta-study of qualitative research », *Palliative Medicine*, vol. 24, No. 8, p. 753-770. doi : 10.1177/0269216310375860
- Engel, George L. (1977) « The need for a new medical model : a challenge for biomedicine », *Science*, vol. 196, No. 4286, p. 129-136.
- Epure, Manuela ; Guran-Nica, Liliana (2014) « Socio-economic characteristics of the elderly population in Romania », *ICESBA Procedia of Economic and Business Administration*, p. 128-135. www.icesba.eu
- Frankl, Viktor E., *Le thérapeute et le soin de son âme : introduction à la logothérapie et à l'analyse existentielle*, InterEditions, Paris, 2019.
- Josephson, Allan M. ; Wiesner, Irving S. (2004) « Worldview in psychiatric assessment », in Allan M. Josephson ; John R. Peteet (dir.), *Handbook of Spirituality and Worlview in Clinical Practice*, American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, p. 15-30.
- Lin, Maiqi ; Shang, Huifang ; Wang, Chuanshun ; Zheng, Yongtao (2020) « Research on the Transformation Model of Spiritual Requirements in Elderly-Oriented Design », *International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics*, vol. 966, p. 458-470.
- Monod-Zorzi, Stéphanie, *Soins aux personnes âgées : intégrer la spiritualité?*, Lumen Vitae, Namur, 2012

Nancu, Daniela Violeta ; Guran-Nica, Liliana ; Persu, Mihaela (2010) « Demographic ageing in Romania's rural area », *Human Geographies : Journal of Studies and Research in Human Geography*, vol. 4, No. 1, p. 33-42.

Rotar Pavlič, D. ; Miftode, R. ; Balan, A. ; Farkas Pall, Z. (2015) « Romania », in Dionne S. Kringos ; Wienke G. W. Boerma ; Allen Hutchinson ; Richard B. Saltman (dir.), *Building Primary Care in a Changing Europe : Case Studies*, WHO, Copenhagen, p. 223-231.

Stolz, Jörg ; Könemann, Judith ; Schneuwly Purdie, Mallory ; Englberger, Thomas ; Krüggeler, Michaël (2015), *Religion et spiritualité à l'ère de l'ego : profils de l'institutionnel, de l'alternatif, du distancié et du séculier*, Labor et Fides, Genève.

Sulmasy, Daniel P. (2002) « A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life », *The Gerontologist*, vol. 42, No. suppl*3, p. 24-33.

UNECE (2017) « Older persons in rural and remote areas », *UNECE policy brief on ageing No. 18*, p. 1-24. https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG1-25.pdf.

Zock, Hetty (2020) « Reinventing spiritual care in a secular context : the chaplain as entrepreneur », in Ansen Zeder, Elisabeth ; Brandt, Pierre-Yves ; Besson, Jacques (dir.), *Clinique du sens*, éditions des archives contemporaines, France, p. 21-34. doi : 10.17184/eac.3291.

Reinventing spiritual care in a secular context : the chaplain as *entrepreneur*

Hetty Zock

Extraordinary professor of religion and mental health, in particular in the domain of Spiritual Care, University of Groningen, The Netherlands

Résumé : This paper discusses the state of chaplaincy—professional spiritual care—in the secularized context of the Netherlands. The present religious and cultural climate is sketched, as well as the organization of chaplaincy and the daily practices of chaplains. Two important recent developments are highlighted : the rise of non-denominational spiritual care and spiritual caregivers getting involved in extramural care (community care). Finally, the Guideline Spiritual Care—an interdisciplinary model for providing spiritual care—is presented. It is argued that chaplaincy in the Netherlands has gone through a process of transformation, in which the relation between the professional and the religious identity of the chaplain had to be redefined. Spiritual care may still be denominationally organized in the Netherlands, but the spiritual caregivers share a common professional identity as professionals who focus on meaning, belief systems, and ethics.

Mots-clés : religious climate, chaplaincy, non-denominational spiritual care, extramural care, guideline spiritual care

1 Introduction

Spiritual care in public institutions such as hospitals has greatly changed over the last twenty years, under the influence of the religious and cultural climate. In this lecture,¹ I will discuss recent developments in chaplaincy—professional spiritual care—in the Netherlands, showing how it has been transformed in my very secularized country and how it is currently being organized and practiced. One might ask : Why would it be interesting for a Swiss audience to hear about the Netherlands? The Dutch and

1. This paper is a slightly revised version of my lecture at “La Clinique du Sens/The Clinic of Meaning”, Colloque International held at the University of Lausanne on November 14-15 2019. For this paper I have used some material from another article I wrote : Hetty Zock, “Chaplaincy in the Netherlands. The search for a professional and religious identity”, *Tidsskrift for praktisk teologi / Nordic Journal of Practical Theology*, 2019, Vol. 1, No. 2, p. 11-21.

Swiss natural landscapes may be different, but there are similarities in our cultural and religious landscapes. We are both small and rich countries, with a highly educated population. We are both rather secularized countries. Because the Netherlands may be still more secularized, the development of chaplaincy there may be interesting to compare with developments in Switzerland. Anyhow, I think the question raised in this conference is very important : how to address the spiritual dimension in public institutions —such as hospitals and schools— in a secularizing society.

I will first sketch the contemporary religious landscape, which has greatly changed over the last twenty years. Then I will go into chaplaincy in the Netherlands : I will present some quantitative data and present the current professional organization and practices. Subsequently I will go into two recent developments : the turn to non-denominational chaplaincy and chaplains being involved in extramural care (community care). Finally, I will present an interdisciplinary model of care for the dimension of spirituality in healthcare that has been developed in the Netherlands.

2 The contemporary religious landscape

In the Netherlands² there is a very low degree of religious affiliation : only 32 % of the population are members of a church or of another religious or worldview organization, such as the Humanist Association. So about two third of the population are “nones”. Only a quarter of the population are members of a Christian church (Catholic : 12% ; Protestant : 13%). In Switzerland³ the religious affiliation rate is much higher—74%— and two third of the population are members of a Protestant or Catholic church. The percentage of the population who consider themselves as Christians is even higher : 75%, while in the Netherlands it is 41% (which is much higher than the 25% church members, but it is the lowest percentage in Europe).

However, the differences between Switzerland and the Netherlands may be not as big as it seems at first sight. It also depends on how one measures church membership (the American PEW research center for instance, comes up with a much higher rate of religious affiliation for the Netherlands). But more importantly, church membership does not say everything about how people are religious. The “nones” in the Netherlands may be very religious or spiritual—there is a lot of religion and spirituality outside the churches : 42% of the population consider themselves as “believers” and about 30% as “spiritual”. 14% report that they believe in God, 28% state “There must be something”, 34% “I don’t know”, and 24% report that they are atheists. And surprisingly, almost 50% report that they are praying.

Analyzing what is going on in the religious field, we find that (Bernts & Berghuijs, 2016) :

- There is an increasing religious diversity : next to diverse Christian churches, there are many other religious communities one can get involved in.

2. The data concerning the Dutch religious landscape presented here are taken from a five-yearly sociological survey (Bernts & Berghuijs, 2016).

3. The data concerning the Swiss religious landscape are taken from the Bundesamt für Statistik (2015), <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/sprachen-religionen.html>.

- It is clear that the traditional churches are losing influence. Church membership rate decreases at a fast pace and there is a growing number of “nones”. At the moment, every week two church buildings are being closed in the Netherlands.
- There is “New Spirituality” (formerly called “New Age”) : mindfulness and other forms of meditation are very popular ; people are involved in modern cults such as Wicca and in popular culture with a spiritual ring, such as Star Wars.
- People are doing religious *bricolage* : they freely use diverse spiritual sources and are involved in several spiritual practices at the same time. People draw inspiration and support from very different sources ; traditional Christian, Muslim, Hindu, Buddhist sources ; Humanist tradition, popular culture, folk traditions, among others.
- In general, one may say that religiosity has become fluid (*cf.* the term “liquid modernity”, coined by Zygmunt Bauman) : there is a lot of free floating spirituality. There are no longer clear boundaries in the religious field. Boundaries are crossed all the time : there are church members who don’t believe in God and/or don’t consider themselves as religious or spiritual, and the other way around. There is also “multiple religious belonging” : for example, people may be both committed church members and active in a Buddhist community.
- With regard to the function of contemporary religion, we see that the focus is on experience and on the personal life-sphere. Religion/spirituality must be useful, it must help you to live your life, to make important decisions, and to cope with crises.

Summarizing : there is a high degree of secularization and the churches are losing influence, but there is a lot of religion out there ; religion has to a high degree become de-institutionalized. The spiritual field has become very fluid—which is not very convenient when you want to organize spiritual care, either in churches or in public institutions : it is difficult to reach the people in need of spiritual care and to identify their needs. Of course, I cannot properly judge how similar the religious situations in the Netherlands and in Switzerland really are. For instance, what is the influence of secularization and New Spirituality in Switzerland? How are the churches doing here? But I guess that you may recognize the same trends in the religious field.

Let us now turn to how these developments in the religious field have changed spiritual care and chaplaincy in the Netherlands.

3 Chaplaincy in the Netherlands

3.1 Introduction

Chaplains are working in healthcare institutions (1200), prisons (140), and the army (150) ; a few in the police force (10), and for the past 20 years they also work as self-employed professionals (in healthcare at home and in local communities) (70). I will focus here on healthcare—which contains by far the biggest group of chaplains.

Providing spiritual care for people in public institutions (such as hospitals) is considered to be a public task, and it is financed by the state. The chaplains have the status of employee. However, because of the separation of church and state, the organization

and content of spiritual care and the education of chaplains is seen as the primary responsibility of the churches and the other worldview organizations, together with the professional organizations. The presence of chaplains in public institutions is based on the Dutch Constitution, which guarantees freedom of religion and worldview (art. 6).⁴ This implies that every person who resides in an institution (such as a hospital, a prison, or the army) for more than 24 hours should have free access to spiritual care of one's own religious "color", background. You must be able to practice your own religion, and have the right to ask for a priest, a Protestant minister, an Imam, etc. This is called the "sanctuary function" of the chaplain (referring to the old practice of people being able to take refuge in churches—look for shelter there, from robbers, or the police and other government officials; like refugees do today).⁵ But at the same time, chaplains are also supposed to contribute to care as a whole—they are members of the interdisciplinary team. So they are part of the healthcare system, but they have at the same time an outsider position.

3.2 Organization

Two important Dutch professional chaplaincy organizations must be mentioned here. First, the Association of Chaplains in the Netherlands (VGVZ, 2015). It was founded in 1971 and has about 1400 members. Its goals are to stimulate the professionalization of the chaplains and to serve as a lobby and pressure group. Second, the Foundation Quality Register Spiritual Caregivers (SKGV, s.d.), which was founded recently, in 2014. Its goal is to guarantee the educational and professional quality of the chaplains; for instance, the SKGV decides on which initial education programs are acknowledged and on the permanent education requirements.

The VGVZ is organized in a double way : in care settings and worldview sectors. Care settings are : hospitals, psychiatry, rehabilitation, nursing homes, care for persons with disabilities, youth care, and extramural care. Worldview sectors are : Protestant, Catholic, Jewish, Humanist, Muslim, Hindu, Buddhist, and non-denominational. Let us take the care setting "hospitals" as an example : all the chaplains working in hospitals, whatever their worldview background, come together and discuss how to develop their own work in the hospital. In the worldview (protestant, catholic, humanist, etc.) sectors, the chaplains affiliated to the same worldview meet together. For example, the protestant chaplains, either working in a hospital, a nursing home, or a youth care institution, come together to speak about the spiritual underpinning of their work. This organization in worldview sectors is clearly a remainder of the so-called "pillarization" of the Netherlands : the division of society in worldview "pillars"—streams (catholic and protestant hospitals, but also catholic and protestant bakeries, soccer clubs, and so on). The pillarization originated in the late 19th century and gradually collapsed since the 1960s. And now, as we have seen, Dutch society is no longer divided in clear, distinct religious pillars. But the VGVZ still is to some extent— and

4. It is the responsibility of healthcare institutions to provide adequate and high-quality spiritual care. The availability of spiritual care is further specified in the Healthcare Quality, Complaints and Disputes Act (WKKGZ), article 6 and in the Healthcare Clients Participation Act, article 3.

5. "Spiritual caregivers help safeguard the constitutional freedom of religion and belief for people living in a healthcare institution, for detainees, and for military personnel. This is referred to as the 'sanctuary' function, as it offers access to spiritual assistance to all citizens, without control or approval by any third party." VGVZ (2015, p. 5).

thus, does no longer represent the religious landscape. This, among other things, is why recently a new worldview sector was added : the non-denominational sector. I will go into this in section 3.

3.3 New chaplaincy practices

The developments in the Dutch religious landscape have changed the work of the chaplains in a high degree. Chaplains are faced with two challenges. First, they have to care for individuals with many different religious and spiritual backgrounds—traditional religious, New Spirituality, vaguely spiritual or not spiritual at all; and the people are often doing religious bricolage.

A second challenge is what I call *analphabétisme religieux*. Many people no longer know how to talk about spirituality. They were not raised religiously and have had no religious education, and when faced with a difficult, existential situation (such as health problems, the death of a child, becoming an invalid), they simply have no words to express their feelings and thoughts in a spiritual way : they don't know how to pray and they are not familiar with religious stories and songs, such as the Psalms. Therefore, spiritual and existential questions and needs are often not recognized ; they remain under the surface. Spiritual needs may be hidden behind a medical complaint, aggressive behavior or a depression. And this goes for the patients, but also for the care professionals (the doctors and the nurses). So, the spirituality has to be “dug up”, and a new spiritual language and new rituals have to be developed.

Let me present some examples of current chaplaincy practices. Traditional religious services are still being held—although they generally have an ecumenical character—and traditional religious rituals (such as baptism of very ill newborn children and ritual blessings in hospitals) are still being performed. Besides, more inclusive rituals have been developed. Think for instance of memory services for children who have died in the hospital. Here the chaplains freely use symbols and texts from various spiritual and cultural traditions (a dove, the tree of life, the cross, butterflies, candles, stones). A psychiatric hospital in the north of the Netherlands yearly organizes a “festival of meaning” in the summer. The patients and people from the surrounding villages walk around on the grounds of the hospital ; there is music, poetry, and other activities that stimulate the imagination, and one of the chaplains is wearing a fool's costume, challenging the audience. Each participant should be able to feel at home in these inclusive rituals : Christians, Muslims, Jews, atheists, and Star Wars fans. Further, chaplains work in their individual counseling too with cultural images and traditions that have a broad spiritual meaning, such as stones and light, objects of art, poetry, and music. The hospital chapels have changed into supra-confessional and general “rooms of silence” (Holsappel-Brons, 2010), where everybody should be able to feel at home ; religious people as well as “nones” who want to meditate, burn a candle, or just sit there for a while. Yet it is evident that new spirituality cannot be invented from scratch : Although there are no explicit religious symbols that might exclude people, the modern rooms of silence may remind one very much of traditional chapels.

3.4 A new definition and identity of chaplaincy

The changed daily practices of the chaplains induced the VGVZ to formulate a new definition of chaplaincy in its Professional Standard :

“Spiritual care is professional support, guidance and consultancy regarding meaning and belief systems. Spiritual caregivers enter the scene at times when the routine of normal daily life is disrupted : in situations of life and death, parting and loss ; when there is an intense sense of belonging, or abandonment ; or when moral dilemmas present themselves. They are experts in dealing with existential questions, questions on the meaning of life, spirituality and ethical considerations.” (VGVZ, 2015, p. 5).

Chaplaincy is described here in general, supra-confessional terms. In the Netherlands we prefer to speak about “spiritual care”⁶ and “spiritual caregiver” (*geestelijk verzorger* and *geestelijke verzorging*) instead of a Dutch equivalent of chaplaincy/chaplain, because this term still has a Christian ring. The central terms that are used in the VGVZ definition to explain what spiritual care is about are “meaning” (*zingeving*—meaning-making) and “belief systems”. This way, all different worldviews—traditional and new ones, of church members and of “nones”—are included, as well as spiritual, existential, and ethical issues in the broad sense of the word. The preferred central term was “meaning”, and not the internationally common term “spirituality” (*spiritualiteit*), because the latter term is received ambivalently in the Netherlands, being associated with “New Age” and “vague”, especially in medical circles. The term spirituality is used elsewhere in the Professional Standard to indicate the inner, affective dimension of religious practices. However, the meaning of the term “meaning” in Dutch equals that of the American term “spirituality”, as used in the work by the American physician Christina Puchalski (2000, 2009), who is very influential in international palliative care.

We may conclude that the chaplain, who traditionally was a religious office holder, the representative of a specific religious tradition and institution, has more and more turned into an existential counselor, specialized in meaning-making with the help of belief systems (Zock, 2008). But then, one might ask, what is the difference between a chaplain and a psychologist or a social worker, who may also address existential questions and meaning-making ? The main difference is that the chaplain is an expert in the religious field (in the broad sense of the word) : s/he has expertise with regard to beliefs, spiritual traditions, and rituals—old and new ones.

The chaplain’s own worldview, however, still plays an important role too. The Professional Standard states that the chaplains are supposed to have a clear, spiritual stance ; they need to know (and be able to communicate to others) what they stand for and believe, by what spiritual traditions and practices they are inspired, and what their spiritual alliances are. This applies both to chaplains who are involved in a traditional worldview institution and chaplains who are not.

6. For an overview of and plea in favor of the use of the term “spiritual care” in German-speaking countries, see Thierfelder (2017).

The chaplain's own worldview serves as a source of personal inspiration, but it is also their main instrument. Chaplains are supposed to have "their own authentic spirituality, which they actively maintain and which constitutes the foundation of their work" (VGZV, 2015, p. 6). Central chaplaincy competencies are the "spiritual competency"—"the ability to help people discover their own spirituality and renew their sources of spirituality and belief",⁷ and the "hermeneutical" (or "worldview") competency—"the ability to detect, articulate and interpret meaning as it is contained in texts, images, practices, life narratives, traditions and new forms of spirituality"^{8, 9} So the focus of the chaplains' work is on the content of meaning-making, which however is always related to how it functions in a person's life.¹⁰

Further, each chaplain needs an authorization : an endorsement by an established worldview organization (such as a church, the Buddhist league or the Humanist Association) to guarantee the competency pertaining to worldview. Until recently, all chaplains were required to have such an institutional endorsement. Now this no longer fits into the present religious situation. The population of chaplains has changed too : they are becoming as religiously diverse as their clients. That is why an alternative to the endorsement has been developed : those chaplains who do not want an endorsement (that is, an official link with a religious institution) can ask for a (non-religious) mandate. And this is the moment to discuss the recent phenomenon of non-denominational spiritual care.

4 Non-denominational spiritual care

Nowadays many endorsed chaplains feel a bit out of touch with their religious tradition and institution and with their colleagues who are parish ministers and priests. Besides, there is a growing number of students who want to train for chaplaincy, but do not want an official endorsement with a church or another worldview institution. They may consider themselves as Christians or Humanists, though, and often they do have a religious affiliation ; but there are also "nones", who were not raised in a religious tradition, and who are doing "religious bricolage".

The universities took advantage of this need and developed master programs "non-denominational spiritual care" (the first one in Groningen in 2004). They were eager to do that, because the number of students in the confessional programs dropped, as a consequence of the increasing secularization. There simply are fewer students who want to become a parish minister or priest. At the moment, there are three master

7. "*Spiritual competency* : the ability to help people discover and renew sources of spirituality and belief. This competency is based on a broad knowledge of such sources, and the ability to adapt and present them where necessary in rituals and symbolic ways of expression." (VGZV, 2015, p. 10).

8. "*Hermeneutic competency* : the ability to clarify questions of meaning, to shed light on beliefs and customs relevant to the context or the situation, and to provide religious and worldview counseling. This competency includes the ability to detect, articulate and interpret meaning as it is contained in texts, images, practices, life narratives, traditions and new forms of spirituality – relating to existential and spiritual questions, sources of beliefs and ethics, modern society, religion and culture. The crucial ability is to detect and articulate emotions, unasked questions, and implicit assumptions." (VGZV, 2015, p. 10).

9. The VGZV Professional Standard distinguishes substantive, process oriented and personal competencies (VGZV, 2015, p. 10-12). The hermeneutical and the spiritual competencies are situated among the substantive competencies.

10. Smeets and Morice-Calkhoven (2014) have suggested the concept "spiritual competence" to cover the various characteristic aspects of chaplaincy competencies.

programs spiritual care which are not connected to a confessional, denominational school (a theological seminary or the University for Humanistics). The current number of graduates from non-denominational schools is much higher than those from the confessional schools.

An organizational problem was that until 2015 the new chaplains, who graduated from these non-denominational MA programs, were not allowed to become members of the VGVZ, because this organization required an official endorsement to guarantee the spiritual competence (next to a master degree which does guarantee other relevant spiritual care competences, such as the hermeneutical and the communicative one). The average age of the members of the VGVZ increased to 50+, so it was urgent to integrate the new group of chaplains into the professional organization.

Finding a solution was not easy. There was a lot of opposition from the churches and the endorsed chaplains to these newcomers. It was asked : Is their worldview expertise good enough? What about their spiritual/hermeneutic/worldview competencies? And don't you need an official relationship with a church to safeguard the sanctuary position? But finally, the following solution was found : in 2015 a Council for Non-Denominational Spiritual Caregivers (RING-GV, s.d.) was established to test what was summarized as the "worldview competency", comparable to the testing of Protestant, Catholic and humanist graduates by their worldview institutions. Instead of an endorsement by a religious institution, the non-denominational chaplains could get a "mandate" by this new Council—and thus could become members of the VGVZ. A new worldview sector was established for the non-denominational chaplains, as already mentioned in section 2.2. This new worldview "pillar" (the new sector may indeed be considered as an ironic remnant of pillarization) has grown rapidly the last four years and now already constitutes more than 20% of the VGVZ members.

Actually, the possibility of a mandate by RING-GV is a hybrid solution—a typically Dutch pragmatic-compromise solution, one might say. The new council does not represent a worldview pillar at all. The non-denominational chaplains are religiously very diverse and there is no contact with the Council after the test. As far as I know, The Netherlands is the only country where non-denominational spiritual care has an official status in chaplaincy. I don't know if it will last : it is possible that the mandate is a temporary solution, and that the VGVZ will be organized in a different way in the future. But the introduction of the mandate illustrates that spiritual care has to be "reinvented" in the secularized and religiously diverse context of the Netherlands.

5 Chaplains in extramural care

5.1 The development of extramural spiritual care

A second recent development that has changed Dutch chaplaincy is the decentralization of healthcare, which has led to the emergence of extramural spiritual care. Like in many other European countries, there is a shift from intramural to extramural care—providing care at home (also called "community care"). Since 2015 the towns

and cities are responsible for the distribution of care.¹¹ The idea is that the patient is treated and cared for at home as much and as long as possible—not in a hospital, a nursing home or another care facility. This applies to the care for the elderly and for people with chronic diseases (fast-growing groups), but also for palliative care (patients dying at home or in a hospice instead of in a hospital), for psychiatric patients, and for persons with disabilities. There is an increase of outpatient clinics and transmural care. Nursing homes, psychiatric hospitals, and youth care institutions are being closed. And chaplains and other care staff lost their jobs.

What were the consequences of the decentralization for spiritual care? Professional spiritual care is, up till now, not available in extramural care settings. There is no legal underpinning : as explained in section 2.1, people are entitled to spiritual care only when they are interned in a hospital, the army, etc. for more than 24 hours (on the basis of the Dutch constitution). The “24 hours criterion” does not apply at home. It is supposed that you have access there to your own pastor or priest. But that is no longer the case : the majority of the people do not belong to a religious community and hence they have no access to a local pastor for counseling. Yet they are dealing with serious life problems, illness issues, imminent death and grieving, and handicaps. So, there are spiritual and existential needs to be addressed at home—and these needs are increasing, because people get older, more fragile, and often suffer from many conditions at the same time.

This lack of spiritual care and the need for meaning-making was also experienced by doctors, nurses, and social workers in the communities. Some chaplains filled this gap, and went to work in extramural settings, as self-employed professionals. Chaplains and former pastors started their own practices, or they work together in so-called “Centers for life-questions” (sometimes the term “existential questions” is used too). We find these practices and centers all over the Netherlands (more than 100 at the moment); these are being surveyed and evaluated right now, in order to determine best practices. The extramural chaplains offer individual support and counseling, and training and education of other care professionals and volunteers. They collaborate with family doctors, organizations for home care, local communities, palliative teams, churches, and volunteer organizations. So, they have become *entrepreneurs*, running a business, doing acquisition (net)working with various other care professionals and organizations.

5.2 Examples

Let me give a few examples of the activities of the extramural spiritual caregivers as presented on their Websites.

Counseling of people who have life-questions. You can request assistance by a spiritual caregiver : “when life is no longer a matter of course” ; “when you ask questions such as : What is the meaning of what happens to me?” , “Where can I find support and comfort ?” ; when you become vulnerable ; when you lose your job, health or a

11. It starts with so-called “kitchen table conversations” : If you suffer from a chronic disease, are in the early stages of dementia, or have a handicap (either mental or physical), members of the local multidisciplinary care team come to your house, talk about what kind of care you need, and not in the last place about what you can do yourself and who in your social network can help you.

loved one ; when you are lonely ; when you are in crisis ; when you wrestle with serious life-events. Sometimes, but not very often, the Websites also mention : “When you wrestle with spiritual and religious issues.” What do the practices of these *entrepreneur* chaplains consist of? They offer individual sessions—they listen, pay attention to and work with a person’s life-history ; they look for sources of inspiration and empowerment—the usual things pastors and chaplains do in individual counseling. But they also offer group work (such as : writing seminars about life-stories ; groups for elderly people, gay people, or grieving people ; encounter groups). Further, they organize intercultural or interreligious meetings, meals where lonely people can eat and talk together, and the like.

Training and education of other care professionals and volunteers. The extramural spiritual caregivers offer courses to improve recognizing life questions and paying attention to these, to stimulate multicultural sensitivity—for instance with regard to Islam—and to learn how and when to refer to the chaplain as a specialist. A pivotal question during the training sessions is : What is the (life-)question behind and underneath the practical needs and demands for care of a specific person ? What is the meaning dimension ? Examples of training programs that are offered are : “Intervention : dealing with ethical issues” ; “The power of vulnerability” ; “Elderly people and depression” ; “Peace in grief and mourning”.

Meaning on prescription. Because the general practitioner (family doctor) is the gatekeeper to all kinds of specialized care, the chaplains have targeted this group of care professionals in particular. Many pilot projects started in general practices, where family doctors can refer to a spiritual caregiver attached to the practice, if necessary. These pilots are researched at the moment : What do the family doctors consider as “meaning/spirituality” ? How do they pay attention to life-questions ? What is their own life stance ?

It turns out that it is hard to get in here, as chaplains. First, because the medical profession is, by nature, not fit to screen the spiritual dimension and so-called “slow questions” of life : doctors having an average of 7 minutes for a consult. They simply don’t have the time. Second, there is a clash in language and culture—physicians being pragmatic, focused on what is makeable and evidence-based. But family doctors increasingly get more patients with chronic diseases and multi-morbidity, and their task is to reduce the consumption of medical care. So, they gradually do realize that attention for the spiritual dimension—for the life-story and meaning-making of patients— is useful, and that it may help reduce medicalization.

5.3 Financing

A big problem in extramural spiritual care is getting finances. Up till now spiritual care at home is not paid for in the healthcare system. Spiritual care is reimbursed by some health insurance companies, but it is not included in the Health Insurance Act. So, the chaplains have to find money in other ways. They try to get donations from private funds and churches ; sometimes the people pay themselves for spiritual care ; and sometimes the chaplains work for free, as volunteers. Which few other *entrepreneurs* would do, by the way...

A positive development is that the present Dutch government recognizes the value of spiritual care in the home environment. In 2018, the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) has decided that spiritual care should also be available for people at home, and that it should be financed and become an integrated part of extramural care. The Ministry has made available 25-35 million euros to get this implemented, starting with the palliative care and the care for the elderly. This means that the self-employed chaplains—working independently, organized in centers or transmurally from hospitals—can get paid for their services to patients and for educational and advisory services to care professionals. The two-year program will be evaluated and a new financing system for spiritual care in the home environment is being designed.

The consequences of this new development for the identity, competencies and training of the spiritual caregivers will have to be further investigated. Competencies such as entrepreneurship, teaching, and interdisciplinary working will have to be introduced in the chaplaincy training programs.

6 Guideline Spiritual Care

We have seen that chaplains in the Netherlands work together with various other care professionals—in intramural settings with e.g. nurses and doctors, and in extramural settings with e.g. family doctors, palliative teams, and social workers. It turns out to be difficult to make clear to these other professionals what the specific chaplaincy profile and contribution to care consist of. I will present here an interdisciplinary model to care for the spiritual dimension, that is frequently used at the moment (fig. 1).

The guideline is developed in palliative care (where the importance of the spiritual dimension of care is recognized and implemented the most). It is originated in the European Association for Palliative Care (EAPC) and was initiated by Dutch chaplains and researchers, who were inspired by the work of Christina Puchalski (Puchalski *et al.*, 2009; Puchalski & Romer, 2000). The focus of spiritual care in this model is on understanding how meaning is ascribed to life events—from the perspective of the patients and those nearest to them.

The model presents an A-B-C of spiritual care. The point of departure is that all care professionals pay attention (A) to the spiritual dimension. The doctors, the nurses, the other healthcare professionals, and the spiritual caregivers. All have to be able to do screening : to figure out if life-questions play a role for a patient in a specific situation. And all have to be able to listen supportively and attentively. The next step consists of counseling (B) : going deeper into what may be going on at the spiritual level, appraising and interpreting. In a crisis situation (C), when someone is stuck in spiritual or religious problems, the chaplain as a specialist may come in. It must be noted that most of the spiritual care competencies are shared by the three groups professionals. Spiritual care is considered as an interdisciplinary undertaking, with the chaplain as the specialist. Further, because there definitely is a grey area between psychosocial, physical, and spiritual issues and needs, the possibility of referral must be continually considered.

DUTCH GUIDELINE SPIRITUAL CARE (version 1.0)

		Doctors and nurses	Medical social workers, psychologists	Health care chaplains	
	<i>Primary focus, access and frame of reference</i>	<i>Somatic</i>	<i>Psychosocial</i>	<i>Spiritual</i>	
A	Attention <i>(always)</i>	Listening, supporting, recognizing, screening	Listening, supporting, recognizing, screening	Listening, supporting, recognizing, screening, interpreting	R e p r e s e n t i n g a n d c o n n e c t i n g
	B	Counseling <i>(at patient's request)</i>	Following the search process, referring, assessing	Following the search process, referring (->) assessing	
C		Crisis intervention <i>(if indicated)</i>	Detecting, referring	Recognizing, counseling, treating referring (->)	

FIGURE 1 – Primary focus, access and frame of reference of the various care disciplines (Integraal Kankercentrum Nederland, 2013)

According to this guideline, the special expertise of the chaplains consists in their hermeneutical skills and spiritual competencies : they are experts in meaning issues, in interpreting and appraising (evaluating) what is going on. Besides, they have a function in the process as a whole, by “representing and connecting” (see the vertical box at the right of the model). They represent the spiritual dimension and they connect all participants in the care process. Besides, they are training other health care professionals in spiritual care and they are involved in ethical consultation—which is becoming a prominent task of chaplains in hospitals.

The guideline is still rather abstract and general. At the moment it is being implemented in diverse practices, and a revised version will appear soon. The most important thing, however, is that it has been included in the Dutch guideline book for good

palliative care,¹² which means that it is now considered as a necessary and integrated part of (palliative) care. This fact may be used as an argument that paying attention to the spiritual dimension in healthcare is important and necessary.

7 Conclusion

Chaplaincy in the Netherlands had to reinvent itself, under the influence of the changing religious landscape and the developments in healthcare. The Dutch spiritual caregivers may have a very diverse religious background, but they share a new, general definition of what their profession is about : the focus is on meaning-making and dealing with existential and ethical questions, with the help of diverse belief systems and spiritual practices. Their work practices have changed very much. Therefore, they need to develop other competencies : interdisciplinary working ; being an entrepreneur ; and creating new language and rituals for the very diverse persons and professionals entrusted to their care.

References

- Bernts, Ton ; Berghuijs, Joantine, *God in Nederland 1966-2015* [God in the Netherlands 1966-2015], Ten Have, Utrecht, 2016.
- Bundesamt für Statistik (2015), Sprachen und Religionen : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/sprachen-religionen.html>. (consulted 21/03/2020).
- Holsappel-Brons, Jorien, *Ruimte voor stilte : Stiltecentra in Nederland als speelveld van traditie en vernieuwing* [Space for silence : rooms of silence in the Netherlands where tradition and transformation meet], Netherlands Studies in Ritual and Liturgy 10, Groningen/Tilburg, 2010.
- Integraal kankercentrum Nederland (2013), "Spiritual care nation-wide guideline, version : 1.0." : <http://vivereilmorire.eu/wp-content/uploads/2017/09/Spiritual-care.pdf> (consulted 05/12/2019).
- Puchalsky, Christina ; Ferrell, Betty ; Virani, Rose ; Otis-Green, Shirley ; Baird Pamela ; Bull Janet ; Chochinov, Harvey ; Handzo, George ; Nelson-Becker, Holly ; Prince-Paul, Maryjo ; Pugliese, Karen ; Sulmasy, Daniel (2009) "Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care : the report of the consensus conference", *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 12, No. 10, p. 885-904. doi:10.1089/jpm.2009.0142
- Puchalski, Christina ; Romer, Anna L. (2000) "Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully", *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 3, No. 1, p. 129-137. doi:10.1089/jpm.2000.3.129
- SKGV (s.d.), Stichting Kwaliteitsregister Geestelijk Verzorgers : <https://www.skgv-register.nl/> (consulted 21/03/2020).
- Smeets, Wim ; Morice-Calkhoven, Tessa (2014) "From Ministry Towards Spiritual Competence", *Journal of Empirical Theology*, Vol. 27, p. 103-129.
- Thierfelder, Constanze (2017) "Pastoral care (*seelsorge*) and spiritual care in Germany", *HTS Theological Studies*, Vol. 73, No. 4, p. 1-6. doi : 10.4102/hts.v73i4.4803
- RING-GV (s.d.), Stichting RING-GV : <https://www.ring-gv.nl> (consulted 21/03/2020).
- VGvZ (2015), Vereniging van Geestelijk VerZorgers : <https://vgvz.nl/> (consulted 21/03/2020).
- Zock, Hetty (2008) "The split professional identity of the chaplain as a spiritual caregiver in contemporary dutch health care", *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, Vol. 62, No. 1-2, p. 137-139.
- Zock, Hetty (2019) "Chaplaincy in the Netherlands : the search for a professional and religious identity", *Tidsskrift for praktisk teologi / Nordic Journal of Practical Theology*, 2019, Vol. 1, No. 2, p. 11-21.

12. <https://www.eapcnet.eu/publications/national-guidelines>. For a pdf, see <http://vivereilmorire.eu/wp-content/uploads/2017/09/Spiritual-care.pdf>

Health care chaplaincy in the Nordic countries

Transformations and perspectives ¹

Lars Johan Danbolt (1), Hans Stifoss-Hanssen (2)

(1) Professor in practical theology and psychology of religion, MF Norwegian School of Theology,
Religion and Society and Innlandet Hospital Trust, Center of Psychology of Religion

(2) Professor in Diaconia and Professional practice, VID Specialized University,
Center of Diaconia and Professional practice

Résumé : In this article we present some developmental patterns in the 100-year-long history of health care chaplaincy in the Nordic countries, particularly in Norway. We argue that a shift is gradually taking place from what can be regarded as a *religious service model* to an *existential care model*. This can be seen within the context of specialization and professionalization both in health care and chaplaincy, as well on the background of pluralization in society. We point at some challenges for chaplaincy regarding delimitation and the relationships between religious and secular anchoring of chaplaincy, the routines for referrals to chaplains, implementation of chaplaincy and inter-disciplinary work in hospitals, and the need for continuous work on knowledge development and research.

Mots-clés : chaplaincy, religious support, existential care, spiritual care, Clinical Pastoral Education (CPE), hospital.

1 Introduction

Both the health care systems and the chaplaincy practices are changing in Norway, as is the case in the other Nordic countries. There is a turn in direction of more specialized care in hospitals and a broader spectrum of generalist care in municipalities.

1. This article is a revised version of Danbolt's lecture at 'La Clinique du Sens/The Clinic of Meaning', Colloque International held at the University of Lausanne on November 14-15 2019. The content of the paper refers to the collaborative works on chaplaincy by both authors and parts of this is presented in : Stifoss-Hanssen, Hans ; Danbolt, Lars Johan ; Frøkedal, Hilde (2019) "Chaplaincy in Northern Europe : An overview from Norway", Nordic Journal of Practical Theology, Vol. 36, No. 2, p. 60-70. Furthermore, there are integrated some perspectives which also are presented in the Editorial article in the same volume by Danbolt, DeMarinis, Rydinger and Zock.

These changes challenge the traditional ways of doing chaplaincy. In addition the increasing pluralization in society calls for diverse competence and challenges what might have been a “one-size-fits-all”—way of managing spiritual and existential care in health institutions. In this article we will present and discuss what we regard as prominent features of chaplaincy in the Nordic countries. One main trajectory points to a development from religious support towards existential care.

2 The elephant in the room

In an editorial article in a leading Norwegian medical journal, Professor Vegard Bruun Wyller (2015) presents the story of a seriously ill boy from a Muslim family. The boy’s father was very frustrated at times, not only about his son’s sickness, but about the hospital’s technological one-sidedness. Wyller, who had the medical responsibility, writes that the father “thought we were absurdly secular, sometimes cynic, in our attitudes towards life and death. He wished to find God in the hospital—but all he found was machines.”² (Wyller, 2015, p. 507).

Wyller states that to talk about God is the “elephant in the room”. For a physician it seems to be “harder to address a patient’s personal faith than her personal sex-life”. As the responsible physician for the young boy’s treatment, he witnessed the religious ceremonies after he died. It was “a strong demonstration of collective faith and reconciliation with a hard destiny”. Wyller states that it is unprofessional not to identify the elephant, especially in a society characterized by increasing religious and worldview heterogeneity. Existential questions can and should be touched upon in the doctor-patient-relationship, Wyller concludes (Wyller, 2015, p. 507).

A hundred years ago Oslo University Hospital, where Wyller works, hired its first chaplain. And during these years, chaplaincy has become a more and more professional service in Nordic hospitals.

A couple of years ago we established a research group for chaplaincy studies in the Nordic countries and the Netherlands. The Nordic countries means : Denmark, Sweden, Finland and Norway. The idea of this research group, which we call “ReChap”, is to perform studies in chaplaincy regarding current status and challenges, history, practice, ideology, function and organization. So far we have produced a special volume in *Tidsskrift for Praktisk Teologi / Nordic Journal of Practical Theology* on the state of the art of Chaplaincy in the Nordic countries and the Netherlands (Danbolt *et al.*, 2019). This paper reflects some of the perspectives outlined in that volume.

3 A context of occation-related religiosity

The Nordic countries are in many studies regarded as the most secularized in the world (Schmidt & Botvar, 2010)³. That makes sense if the proof of secularity is the

2. Our translation.

3. In Norway 70% belong to the Church of Norway, a Lutheran church which until 2017 was regarded by the Constitution as Norway’s official religion. Muslims, Catholics, Pentecostals, Buthists, Humaists and other religious or worldview communities counts 1-3 % each, but the largest growing group are the so called “nones”, people who are not members of any registered faith community, counting about 18% (Statistics Norway, 2017).

prevalence of regular church attendance or reported faith in God. Only 10-15% of the Nordic population responded that they “know without any doubt that God exists” on the International Social Survey Programme 2008 (La Cour, 2014). If we compare with the US, 61% of the population reported such strong belief in God, according to the same survey. Thus, it is really not a big surprise that American researchers regard Scandinavia as highly secularized.

However, when including responses on more open questions like ‘I believe in a higher power’ or ‘I have some doubts, but still I feel like I believe in God’, all together two in three of the Nordic populations are open to the existence of a supreme being (la Cour, 2014).

Furthermore, as we well know, religion and spirituality are more than belief systems. They also include ritual practices, emotional experiences, values and functions. It is interesting to observe that collective and individual rituals are activities that have notably increased, at least in the face of disasters and other deeply shaking experiences. This is an example of contemporary existential meaning-making integrated in culture in ways it has not before (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2017; Post, 2015).

Also, to a huge extent people use churches for rites of passage, e.g. still more than eight out of ten funerals are performed by the dominant folk churches in the Nordic countries. This makes it likely that many who are hospitalized probably have experience in ritual practices with Nordic national churches (all Lutheran) or other denominations.

It is therefore not unreasonable to regard Nordic religiosity as *occasion-related*. For many persons issues of God and other religious matters are not very prominent in their daily lives, but when something deeply disturbing happens in life, an existential crisis might occur – making prominent the need for meaning. For many individuals, pastoral care and different ways of ritualizing are available, and people use rituals for spiritual or existential meaning-making.

It can be argued that spiritual meaning-making is not contradictory to secularity. The well known sociologist Peter Berger regards religion as a human enterprise used to create a holy cosmos in chaos (Berger, 2011). This is a more fruitful setup than placing the sacred in opposition to the secular. People live secular lives, and it is within the structures of secularity that there sometimes are strong needs to make sense of what happens and for establishing a holy cosmos in chaotic situations, as might be the case when life takes a turn one had not expected or not at all wanted.

4 Is chaplaincy religious support or existential care ?

A chaplain can be defined as a hired, professional person working on spiritual and existential challenges in institutions, such as hospitals and other health facilities, prisons, the military, university campuses, and more.

Around 1950, Norway had approximately 30 health care chaplains. The number is now about 130. In addition there are chaplains in the military, prisons and university campuses, so altogether the numbers can be estimated at about 200 chaplains in

Norway. Most of whom are ordained clergy in the Church of Norway, and the majority have followed a more or less complete training in Clinical Pastoral Education (CPE).

In Norway, the health care chaplains are hired and payed by the institutions. This is different in other Scandinavian countries. In Denmark chaplains are employed by local congregations of the Church of Denmark, and in Sweden there is an ecumenical institution called “The Hospital Church” which hires chaplains and organizes implementation of chaplaincy in the hospitals.

Norwegian hospitals introduce their chaplains as professionals who are integrated in the hospital’s effort at providing complete care, and the concept of person-centered care is frequently used. A big public hospital states on it’s Internet-pages :

“ – alongside our work on physical and mental health (our hospital) wishes to focus on what may be called existential health, which deals with the basic issues and questions about life itself, and what human life is all about.—Today, we assume that good existential health provides a kind of protection, that improves our capacity to cope with problems in life, our courage to encounter challenges, and increased abilities to embrace good things”⁴ (Sykehuset i Vestfold, 2016).

This kind of statement is representative of hospital chaplaincies in Norway. However, all hospitals also present the possibility to receive services from a religious representative, or other services specifically adapted to the patient’s view of life or spiritual profile (Berthelsen & Stifoss-Hanssen, 2014).

In other words those are two different perspectives, which indicates that there are two ways of reasoning about the function of chaplaincies.

Firstly : The chaplain is providing religious services according to specific requests from patients, and based on the chaplain’s personal profile. This is a common understanding of chaplaincies. Providing such services is usually based on human rights of patients and other users, the right of freedom of religion and of practicing one’s religion. In Norway, as in other countries, this right is specified in additional regulations, and ethical codes of conduct for professionals.

For some participants in the discussion about chaplaincy, this way of reasoning is dominant, as it is in an Official Norwegian Report from 2013 called “The Faith Open Society” (Official Norwegian Reports, 2013). To some extent, prioritizing this argument may have the effect of bringing order into a chaotic field. Patients and other users could in this perspective be orderly sorted according to their religious or philosophical positions, the chaplains could be subject to a similar process, and groups could be matched to each other.

Secondly : The limitations of this perspective is apparent when bringing into mind that most chaplaincy work is not, and has not for a long time, been guided by providing specific religious services (Berthelsen & Stifoss-Hanssen, 2014). As for the hospitals’ own presentation of their chaplaincy services, as mentioned above, chaplaincy services

4. Our translation.

are guided by and aimed at *providing existential care* to persons in critical and marginal life situations. The term used for this help is sometimes “spiritual”, and sometimes conversations move into the religious universe of a patient, but the aim of the talk is to take care of the other person’s existential needs.

So what is at stake here, is not primarily the person’s right to practice religion, but his or her right to receive care in a situation of crisis, and existential trouble. In this perspective, chaplains are available in institutions where people are injured, hurt, or under exceptional stress.

5 Whole person-body-mind-spirit

Nurses and other health care personnel are obliged to provide spiritual or existential care to patients (physical-psychological-social-spiritual care). This has for instance been clearly expressed in a Norwegian parliamentary document already back in the 1990s :

“A person with mental health problems should not be viewed only as a patient, but as a whole person with body, mind, and spirit. Necessary consideration needs to be given to spiritual and cultural needs, and not only the biological and social. Mental disorders touch foundational existential questions. The patient’s needs must therefore be the starting point for all treatment and the core of all care, and this must affect the structure, practices and management of all health care” (Ministry of Social Affairs and Health, 1997; p. 28-32)

Furthermore in a recent official Norwegian report (Official Norwegian Reports, 2017, p. 9) the importance of applying a holistic approach in encounters with patients has been advocated. Chaplains are in this perspective, a supportive resource with special competence, in providing a service that is part of the duties of the institutions, in fact in their central aims (Official Norwegian Reports, 2017, p. 24).

Even if the two ways of reasoning about chaplaincy are different, we do not claim that they are necessarily in contradiction. Several modes of combining the two have been attempted, and they can take place on both individual and organizational levels; any model will depend on the context and the resources available. However, it seems obvious that the “religious (or philosophical) services” model would design the chaplain as a *guest* in the institution, based in a foreign place, whereas the “existential care” model designs the chaplain more as a variety of *health care personnel*, based in the same institution⁵.

6 Context of increasing health focus

For the institutions, the backdrop is characterized by enormous changes since the first half of the 1900s. In Norway, the population is doubled (5.3 million in 2019), and spendings on health have moved up from 4% of GNP in 1950 to approximately

5. We are aware that the “health personnel” version raises major problems, that must and shall be discussed elsewhere.

20 % in 2019. At present, 10% of the workforce has a health-related professional education, and 20% of the workforce is engaged in health related jobs. We now have 120,000 nurses and 23,000 physicians, along with the other health related professions (Statistics Norway, 2019). This brings Norway to the top worldwide in terms of density for these professions in the population, and in spending on health care.

In addition to this major growth, and interacting with it, there is the progress in research and the following possibilities of improving and expanding treatment of most diseases and conditions. An important implication of this has also been the accelerating professionalization of practices, including health care professions, often under the terminology of *evidence-based practice*. This has made an enormous impact on how professionals are trained, and how they are expected to perform. The chaplaincy is no exception, and chaplains are more professionally educated than ever.

Furthermore there is an increase in research⁶, and chaplaincy has become more culturally and religiously adaptable, entering into cooperation across faiths. Many chaplains frame their services within 24/7 schedules, and are getting involved in crisis and disaster intervention (Stifoss-Hanssen & Danbolt, 2016).

At present, most chaplains in the Nordic countries have a background as clergypersons in the Lutheran majority churches. This has raised the question of a more culturally and spiritually diverse chaplaincy, which has been tested in some of the hospitals in Norway. And there are also recently established a master programme at the University of Oslo aiming to meet the need for more faith open chaplaincy education (Grung & Bråthen, 2019).

It is not only society at large that has changed during the years after 1950 – also the impulses that the chaplains brought from their theological background, which mainly was Lutheran, changed alongside with the changes in society. Theology experienced an empirical turn that resembled the change observed in other professions towards evidence-based practice, a turn that came along with theological preference for contextual or liberational theologies (*e.g.* feminist theology, postcolonial theology).

In addition, chaplains were mostly influenced by developments in pastoral counseling theories that were moving towards client-centered and egalitarian practices (Kolstad & Os, 2002).

7 Specialized care and Clinical Pastoral Education

It is good reason to argue that modern psychology and psychotherapy have had an impact on society in general, as well as on health care chaplaincy. A specific precursor of this impact was the creation of Clinical Pastoral Education (CPE) in USA from the 1930s on (Asquith, 1982; Boisen, 1951), which was a training for hospital chaplains in psychological and communicative skills and theory, inspired by the way psychiatrists were trained, even if focus was kept on patients' existential and religious challenges⁷.

6. For a brief overview of chaplaincy-related research in Norway see Stifoss-Hanssen, Danbolt and Frøkedal (2019, p. 67-68.)

7. But even other strands of psychological impulses played a role in the history of chaplaincy — important works in Psychology of religion were presented in the 1920s and 30s. Influential textbooks on pastoral counselling, based on psychological and therapeutic insights, were published from 1950 onwards.

Norwegian hospital chaplaincy pioneers went to the US for CPE training in the 1960s, and came back practicing the CPE-inspired model in chaplaincy, and started developing a Norwegian branch of CPE education (Farsund, 1980, 1982; Høydal, 2000). In the 1970s, several CPE training centres were established. Many of the participants in the training were chaplains, and quite soon CPE training became required, or preferred, to be hired as a chaplain. In the last decade, CPE has been taught at university level, in affiliation with the MF Norwegian School of Theology, Religion and Society.

An obvious strength with the CPE model is its development of abilities to communicate with health care professionals, and the fact that it represents a professionalization of chaplaincy which is in line with requirements for health care professions.

At present, a majority of individuals working in chaplaincy and in pastoral care have completed one or more units of CPE.

8 Lutheran majority church and pluralizing society

Furthermore, it has been one of the tasks undertaken by chaplains—most of them being affiliated with affiliation to the Lutheran church—to facilitate contact between patients and religious leaders from other faiths and religions. However, with the whole society becoming less monoreligious and more secularized, the somewhat hegemonic function of these chaplains has been discussed and questioned (Plesner & Døving, 2009), and several alternative models of chaplaincy have been suggested. Some of them have been implemented into practice and are being assessed.

For practicing such multi-faith models, several problems obviously have to be solved, such as access to resources, the relative distribution of chaplaincy positions, and how their services should be provided. Some fear has been expressed that the model might lead to a situation where chaplaincy services as a rule are offered based on an assumed match between the religion or faith of the parties involved (e.g. Muslims are helped by a Muslim chaplain, Christians by Christians or Humanists by Humanists). This dilemma can for example be discussed in the light of the two ways of reasoning about the function of chaplaincies – the religious model and the existential model.

Clinical Pastoral Education (CPE), being an international concept in the field of spiritual care, is in principle a multi-faith and multi-religious endeavor, which is made clear from basic documents⁸. In Norway, because of monoreligious practices in chaplaincy, CPE has been and still mainly is organized as an integrated part of education of the Christian clergy. However, following the transformation of military chaplaincy into an interreligious one, CPE has also been adapted to a multireligious (“livssynsåpent”—“lifeview open”)⁹ program. Generally adjusting CPE to a diversified group of participants stands out as a highly relevant and realistic change which would contribute to a sustainable model of chaplaincy in Norway.

From the 1980s, many Norwegian chaplains were inspired and supported by the research environment in Uppsala, Sweden.

8. Vitenskapelig Høyskole (s.d.) : https://en.wikipedia.org/wiki/Clinical_pastoral_education.

9. Wikipedia (2020) : <https://www.mf.no/kom/kompetanse-inspirasjon-til-videre-tjeneste/pastoralklinisk-utdanning-pku>

9 Growing interest in ritual practices

Regardless of whether we understand chaplaincy from a *religious service* or from a more *existential care* perspective, a renewed interest in ritualization in chaplaincy can be observed. Partly for the functional effects of ritual practices, but even an interest in bringing out more spiritually rooted phenomena. It is interesting to see parallel interests in doing rituals in hospitals and prisons. Here are some examples of innovative ritualizing: chaplains in a Norwegian prison implemented a four-week Ignatian retreat with prisoners, applying many ritual features; in another prison chaplains led a two weeks long pilgrimage with inmates, also with ritual practices (Engedal, 2011). And in a third prison chaplains practiced release rituals as a symbolic way of coming to grips with the transition outside the prison, empowering them, and at the same time showing dilemmas in being inside and outside the correctional logic of the prison (Gjøen & Fransson, 2018).

In hospital chaplaincy several innovative rituals can be observed. One example regards the caring for families who have consented to let their clinically dead relative's organs be donated for organ transplantation. Another example is integration of ritual practices in chaplains' work with clients in mental healthcare, for example together with patients suffering from pathological grief (Bjørndal, 2001; Stålsett & Danbolt, 2018). And many chaplains apply simple rituals such as benediction or lighting candles in their conversations with patients.

The innovative increase in clinical ritualizing has parallels in society at large. One nearby example is the abundant use of rituals in the wake of disasters, terror etc. Such a possible renewed interest in ritualization in chaplaincy may represent a development in chaplaincy characteristics, and it can also be seen as coinciding with a raised interest in the use and the significance of rituals in society at large.

10 Some challenges for chaplaincy

We can sum up that specialized chaplaincy education and training, such as the Clinical Pastoral Education programs (CPE), have contributed to the professionalizing of chaplaincy during the recent decades. Together with a significant increase in international research this has given way for setting high standards for chaplaincy, but there seem to be some challenges for chaplaincy practice, which also have been addressed in several international studies.

First, there is a need for delimitation, exploring the relationships between religious and secular anchoring of chaplaincy. Who is the chaplain, where does he/she belong, and for whom and for what purpose is this practice? How does the chaplain's religious or worldview background matter? An American study found that chaplains with similar religious or worldview backgrounds as the patients were able to identify more issues than others (Abu Ras & Laird, 2011). If so, does this implicitly give way to a religious model of chaplaincy more than an existential model, as we have discussed earlier? And furthermore, does religious or worldview homogeneity make the chaplain blind to other important issues that could have been highly relevant to address? And whose

needs determine the themes to be talked about : the patients' or the chaplains'? This relates to the chaplain's understanding of his/her role and identity.

Second, who provides referrals to chaplains? A recent Danish study (Thomsen, Hvidt, & Søndergaard, 2019) shows that about half of the initiatives for conversation is taken by the patient (42%) or his/her relatives (16%), while health care professionals count for 32% of the referrals and 10% is initiated by the chaplain. Does this indicate that the chaplain partly runs his or her own business somewhat independent of the systems of service referrals in the hospital? Or is it more likely to turn this the other way around, that patients are given an open line for existential care that does not depend on anyone in the treatment system facilitating it?

Another question regarding these, relates to access to patient journal systems and documentation of chaplaincy practices. Here the question of confidentiality is an issue, but also the rather strict EU-GDPR (European General Data Protection Regulation), which in fact makes it problematic for chaplains to have their own notes or recordings on information about patients.

Third, questions relating to implementation and interdisciplinary work in hospitals point to not only documentation, but probably also to a standard terminology for communicating how colleagues with different skills, education and backgrounds can work together in teams to share and/or plan goals for appropriate treatment. An interdisciplinary study by Fitchett *et al.* (2011), showed that while chaplains focused on the actual work process, physicians seemed to be more interested in the results of the chaplains' contributions. Related to this, the issues of assessment tools and plans for treatment and care are raised. How can chaplains contribute to well-functioning treatment plans for spiritual and existential care? In the Nordic countries, and probably other European countries, an aspect of this is the need for cooperation across care levels, such as specialist health care and municipality health care. This is pointed to in the Cooperation Reform, introduced as governmental policy in Norway some years ago (St. Meld. 47; Samhandlingsreformen, 2009).

Fourth, the professionalizing of chaplaincy and spiritual and existential care in institutions calls for continuous work on knowledge development and research. There are lots of interesting studies going on, like in Switzerland and in the Nordic research-group, ReChap. These are parts of a bigger effort in European and American research on spiritual and existential care in institutions. Over the last twenty years, the body of theoretical and empirical chaplaincy research has expanded greatly (Poncin *et al.*, 2019) as e.g. the European Research Institute for Chaplaincy in Healthcare (ERICH) exemplifies.

11 Conclusion

Looking at the timespan from 1950, chaplaincy in the Nordic countries has changed considerably. The number of chaplaincy positions has increased, although if it is seen on the background of expansion in healthcare and other public services, the increase is moderate. Otherwise, several important developments have happened : a move from a "religious service" perspective to an "existential care" perspective

has gradually taken place; the work of chaplains has increasingly been underpinned by a professionalization—not the least through specialization like Clinical Pastoral Education; and a considerable volume of scientific research has been performed by chaplains—contributing to an evidence base for the activities. Alongside, the increasingly multireligious and secular profile of the population has affected the practice field in which the chaplains offer services. This image of the chaplains' working world gives reasons to look positively to the future, taking into account the observation that the group has proved able to learn and to adapt.

Recent innovations in chaplaincy give reasons to optimism in this field. Some of these include expanding the all-Lutheran chaplaincy staffs with chaplaincy workers of other Christian faiths, of other religions, and of secular humanist faiths. They also include the beginning expansion of CPE. In addition, important professionalization has taken place in the field of meeting the existential and spiritual needs of patients and users. This development clarifies a distinct role for chaplains, as a consulting and participating resource, and in this connection, it also clarifies the obligation of the institutions to recognize and meet the existential and spiritual needs of patients and users, regardless of faiths.

Going back to our initial example, we think it is more needed than ever that the existential elephants in the hospital rooms are addressed by professionals educated for this. This is of great importance for the patients, but also for physicians, psychologists, nurses and other health care professionals. The role of chaplaincy is to assist people in their efforts of creating cosmos in chaos, as Peter Berger (2011) frames it, or said differently, in making meaning in particular situations in their lives.

References

- Abu-Ras Wahiba ; Laird, Lance (2011), "How Muslim and non-Muslim chaplains serve Muslim patients? Does the interfaith chaplaincy model have room for Muslims' experiences?", *Journal of Religion and Health*, Vol. 50, No. 1, p. 46-61.
- Asquith, Glenn H. (1982), "Anton T. Boisen and the study of 'Living human documents'", *Journal of Presbyterian History (1962-1985)*, Vol. 60, No. 3, p. 244-265.
- Berger, Peter L., *The sacred canopy : elements of a sociological theory of religion*, Open Road Media, New York, 2011.
- Berthelsen, Eivind ; Stifoss-Hanssen, Hans (2014), "Eksistensielle samtaler og religiøs betjening i helseinstitusjoner [existential conversations and religious services in health institutions]", in Danbolt, Lars Johan ; Hestad, Knut A. ; Stifoss-Hanssen, Hans ; Lien, Lars (éds.), *Religionspsykologi [Psychology of religion]*, Gyldendal Akademisk, Oslo, p. 383-387.
- Bjørndal, Øystein, *Helse, liv og mot- om ritualer og symboler i hverdag og helse [Health, life and courage —about rituals and symbols in everyday life and health]*, Tapir/Liturgisk senter, Trondheim, 2001.
- Boisen, Anton T. (1951), "Clinical training in theological education : the period of beginnings", *Chicago Theological Seminary Register*, Vol. 41, p. 19-22.
- Danbolt, Lars Johan ; Stifoss-Hanssen, Hans (2017), "Ritual and recovery : traditions in disaster ritualizing", *Dialog*, Vol. 56, No. 4, p. 352-360.
- Danbolt, Lars Johan ; DeMarinis, Valerie ; Rydinger, Mats ; Zock, Hetty (2019) "Chaplaincy—how and why?", *Tidsskrift for praktisk teologi / Nordic Journal of Practical Theology*, Vol. 36, No. 2, p. 4-10.
- Engedal, Leif Gunnar (2011), "Fra fengselscelle til pilegrimsvei : en empirisk undersøkelse av innsattes pilegrimserfaringer [From Prison Cell to Pilgrim Path : An Empirical Investigation of Prison Pilgrim Experience]", *Halvårsskrift for praktisk teologi [Semi-annual journal for Practical Theology]*, Vol. 28, No. 2, p. 59-73.

Farsund, Gunnar (1980), "Fra Embetsprest til pastoralklinisk virksomhet [From official priest to clinical pastoral care activities]", in Astrup, Christian; Dahl, Alv A.; Retterstøl, Nils (éds.), *Gaustad sykehus 125 år : Det psykiatriske sykehus i dag—Fra enhet til mangfold [Gaustad Hospital 125 years : The Psychiatric Hospital Today—From Unity to Diversity]*, Universitetsforlaget, Oslo, p. 120-134.

Farsund, Gunnar (1982), "Livssynsgrupper for psykiatriske pasienter : En pasoralklinisk erfaring [Philosophy of life for psychiatric patients : a pastoral clinical experience]", *Tidsskrift for den Norske Lægeforening [Journal for the Norwegian Medical Association]*, Vol. 102, No. 1, p. 27-30.

Fitchett, George; Lyndes, Kathryn A.; Cadge, Wendy, Berlinger, Nancy, Flanagan, E.; Misai, Jennifer (2011), "the role of professional chaplains on pediatric palliative care teams : perspectives from physicians and chaplains", *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 14, No. 6, p. 707-707.

Gjøen, Odd; Fransson, Elisabeth. (2018), "Riters kollektive kraft i overgangen fra fengsel og ut [Rituals collective power in the transition from prison to out]", *Tidsskrift for praktisk teologi [Journal of Practical Theology]*, Vol. 35, No. 2, p. 4-15.

Grung, Anne Hege; Bråten, Beret (2019), "Chaplaincy and religious plurality in the Norwegian context", *Tidsskrift for praktisk teologi / Nordic Journal of Practical Theology, Special volume on Chaplaincy*, p. 71-80.

Høydal, Per Frick (2000), "Studiet av levende menneskelige dokumenter. Endringer og ettertanke i forbindelse med pastoral-klinisk utdannelse [The study of human living documents : changes and reflections related to clinical pastoral care education]", *Tidsskrift for sjelesorg [Journal of Pastoral Care]*, Vol. 17, No. 2, p. 6-13.

Kolstad, Kristin; Os, Eirik (2002), "Sykehuspresten—Kirkelig integritet og helsefaglig integrering [Hospital chaplain—Ecclesiastical Integrity and Health Professional Integration]", in Huse, Morten; Hansen, Catharine (éds.), in *Møteplass for presteforskning : Presten i norsk kirke- og samfunnsniv [A meeting place for pastoral research : the pastor in Norwegian church and community life]*, p. 229-255.

La Cour, Peter; Danbolt, Lars Johan (2014), "Tro og alvorlig sykdom-om forskningen i nordisk kontekst", *Religionspsykologi*, p. 315-326.

Ministry of Social Affairs and Health (1997), "St meld nr 25 : (1996-1997)—Åpehet og helhet : Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene [Parliamentary White Paper 25 : (1996-1997)—openness and wholeness about mental disorders and services]" : <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf> (consulted 19/03/2020).

Official Norwegian Reports (2013), "Det livssyns åpne samfunn : En helhetlig tros- og livssyns politikk [The belief open society : a coherent religion and belief politics]" : <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2013-1/id711212/> (consulted 19/03/2020).

Official Norwegian Reports (2017), "På liv og død : Palliasjon til alvorlig syke og døende [In life and death : palliative care to seriously ill and dying]" : <https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf> (consulted 19/03/2020).

Plesner, Ingvill Thorson; Døving, Cora Alexa (2009), "Livsfaseriter : Religions- og livssynspolitiske utfordringer i Norge [Life-cycle rituals : religious—and worldview political challenges in Norway]" : <https://www.trooglivssyn.no/wp-content/uploads/2018/03/STL-Livsfaseriter.pdf> (consulted 19/03/2020).

Poncin, Emmanuelle.; Brandt, Pierre.-Yves.; Rouiller, François.; Drouin, Mario; Dandarova Robert, Zhargalma. (2019). Mapping the healthcare chaplaincy literature : an analytical review of publications authored by chaplains and theologians between 2000 and 2018. *Journal of Health Care Chaplaincy*, doi : 10.1080/08854726.2019.1593722

Post, Paul (2015), "Ritual studies", *Oxford research encyclopedia of religion*, p. 1-33. doi :10.1093/acrefore/9780199340378.013.21

Samhandlingsreformen (2009), *Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet [The Royal Ministry of Health and Care]*, "St. Meld 47 (2008-2009) : Samhandlingsreformen [St. Meld 47 (2008-2009) : The Coordination Reform]" : <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (consulted 19/03/2020).

Schmidt, Ulla; Botvar, Pål Ketil, *Religion i dagens Norge : Mellom sekularisering og sakralisering [Religion in today's Norway : between secularization and sacralization]*, Universitetsforlaget, Oslo, 2010.

Stålsett, Gry; Danbolt, Lars Johan (2018), "Sjelesorg og ritualisering : muligheter og begrensninger i samarbeid med terapi [Pastoral care and ritualization : possibilities and limitations of cooperation with therapy]", *Kritisk forum for praktisk teologi [Critical forum for practical theology]*, vol. 151, p. 12-31.

Statistics Norway (2017), Statistisk sentralbyrå [Statistics Norway], “Medlemmer av tros- og livssynssamfunn, nyeste tall [Members of religious and life stance communities, new numbers]” : <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/faktaside/religion> (consulted 19/03/2020).

Statistics Norway (2019), Statistisk sentralbyrå [Statistics Norway], “Helse- og sosialpersonell [Health care personnel]” : <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesopers/aar> (consulted 19/03/2020).

Stifoss-Hanssen, Hans ; Danbolt, Lars Johan (2016) “The function of ritual use after disasters : a practical theological perspective”, in Benz, Brigitte ; Kranemann, Benedikt (éds.), *Trauerfeiern nach grosskatastrophen : theologische und sozialwissenschaftliche zugänge*, EKGP, Neukirchen, p. 40-50.

Stifoss-Hanssen, Hans ; Danbolt, Lars Johan ; Frøkedal, Hilde (2019) “Chaplaincy in Northern Europe : an overview from Norway”, *Nordic Journal of Practical Theology*, Vol. 36, No. 2, p. 60-70.

Sykehuset i Vestfold (2016), Sykehusprest [Hospital priest], “Praktisk informasjon om sykehusprest [practical information of chaplaincy]” : <https://www.siv.no/praktisk-informasjon/sykehusprest> (consulted 19/03/2020).

Thomsen, Karsten Flemming ; Hvidt, Niels Christian ; Søndergaard, Jens (2019) “New wine in new leather bags ? : hospital chaplaincy in Northern Europe—The Danish case”, *Tidsskrift for praktisk teologi / Nordic Journal of Practical Theology*, Vol. 2, No. 36, p. 46-59.

Vitenskapelig Høyskole (s.d.), Norwegian School of Theology, Religion and Society : <https://www.mf.no/kom/kompetanse-inspirasjon-til-videre-tjeneste/pastoralklinisk-utdanning-pku> (consulted 20/03/2020).

Wikipedia (2020), Wikipedia : The Free Encyclopedia, “Clinical pastoral education” : https://en.wikipedia.org/wiki/Clinical_pastoral_education (consulted 20/03/2020).

Wyller, Vegard Bruun (2015), “Elefanten i rommet”, *Tidsskr Nor Legeforen*, Vol. 135, No. 6, p. 507-507. doi : 10.4045/tidsskr.15.0343

Psychiatrie, aumônerie et clinique du sens

Mario Drouin(1), Jacques Besson(2)

(1) MTh, Responsable de la formation dans le service de l'aumônerie au CHUV,

(2) Professeur honoraire, Faculté de biologie et de médecine FBM

Résumé : Objectif de l'atelier : faire dialoguer plusieurs disciplines à la lumière de la clinique du sens. À partir d'une vignette clinique d'un accompagnant spirituel (aumônier), il est proposé aux participants un atelier de travail en sous-groupes afin de susciter un dialogue de la compréhension de la vignette à partir des postures professionnelles propres et de formuler un plan d'accompagnement ou de suivi pour chacun des patients.

Mots-clés : spiritualité, santé mentale, psychiatrie, accompagnement spirituel, *spiritual care*.

Introduction

Les vignettes des anamnèses spirituelles sont présentées à partir de la rédaction sous la forme STIV que les accompagnants spirituels du CHUV utilisent. En voici une présentation succincte : Le modèle de besoins spirituels STIV (Monod-Zorzi, 2012, p. 55) est adossé à un construit de la dimension spirituelle du patient hospitalisé composé de quatre sous dimensions :

S- Sens : « Ce qui donne l'orientation et le sens de la vie, et qui permet de maintenir un équilibre global de vie. »

T- Transcendance : « Fondement extérieur à la personne et qui l'enracine, rapport à l'ultime, élément(s) qui dépasse(nt) la personne et par rapport au(x)quel(s) la personne nomme sa dépendance existentielle. »

I- Identité psycho-sociale : « L'environnement du patient tel que la société, les soignants, la famille et les proches qui contribuent ensemble au maintien de l'identité singulière de la personne. »

V- Valeurs : « Système de valeurs qui détermine le bon et le vrai pour la personne. Le système est rendu apparent dans les actions et les choix de la personne. »

Ce qui conduit à définir le concept de spiritualité comme suit : « La spiritualité de la personne hospitalisée est définie par la cohérence singulière qu'elle donne à connaître lorsqu'elle déclare son sens à l'existence, manifeste ses valeurs, et désigne sa transcendance. Cette cohérence fonde son identité profonde. » (Rochat, 2005, p. 10).

Deux cas à composante psychiatrique ont été présentés : Premier atelier : Problème schizo-affectif ; deuxième atelier : Problème de dépression majeure récurrente. Après la présentation, trois questions furent posées aux participants s'étant regroupés en sous-groupes de 5 à 6 participants :

- Avez-vous déjà vécu une situation similaire dans votre pratique ?
- À partir de ma posture professionnelle, quelles questions cette vignette me pose-t-elle ?
- À la suite du partage en sous-groupe, quelles seraient les pistes d'accompagnement ou de soutien que je proposerais ?

1 Premier atelier

Le premier atelier fut composé d'environ 40 personnes. Près de la moitié de l'assemblée était composée d'accompagnants spirituels. Les autres participants représentaient d'autres professions (psychiatre, psychothérapeute, psychologue, formateur logothérapeute, soignant et médecin).

1.1 Le cas de M. Roméo

Anamnèse de la dimension spirituelle (Croyances/Émotions/Perturbations/Ressources) :

- *Sens* : Se questionne quant à ses séjours répétés à l'hôpital.
- *Transcendance* : Croyant catholique pratiquant. Ne comprend pas pourquoi après chacune de ses expériences spirituelles, il se retrouve à l'hôpital. Lors de sa dernière présence à l'eucharistie, l'hostie qu'il tenait dans sa main s'est transformée en Marie, la Mère de Jésus. Dit avoir vécu une grande consolation. Cependant, il se retrouve à l'hôpital.
- *Identité* : Enfance difficile, absence de la mère, père alcoolique, isolé socialement, sans domicile fixe durant plusieurs années. S'est lié d'amitié avec une communauté religieuse qui pouvait l'héberger la nuit durant l'hiver.
- *Valeurs* : La générosité et le don de soi. Difficile à réaliser à cause de sa situation et de son incapacité à maintenir ses engagements.

1.2 Le retour du travail du premier atelier

Plusieurs personnes avaient déjà rencontré des cas similaires à composante religieuse.

Les questions se sont concentrées sur l'entourage et le soutien de M. Roméo. Lors de la discussion, les sous-dimensions (STIV) ont été mises en dialogue afin de mieux comprendre la dynamique et les besoins de M. Roméo.

Les pistes d'accompagnement ou de soutien furent unanimes quant à la mise en place d'un réseau pour le patient. Ce qui en effet a été fait, et a stabilisé grandement la situation de M. Roméo.

2 Deuxième atelier

Pour le deuxième atelier, les professions de psychothérapeute, psychiatre et médecin étaient en nombre majoritaire. Seulement une accompagnante spirituelle faisait partie du groupe.

2.1 Le cas de Mme Agathe

Anamnèse de la dimension spirituelle (Croyances/Émotions/Perturbations/Ressources) :

- *Sens* : La patiente n'a plus le goût de vivre, ne voit plus aucun sens à son existence
- *Transcendance* : Patiente croyant en Dieu et en sa parole : « Demandez et vous recevrez ». « Le Père sait ce dont vous avez besoin », « Dans votre prière ne rabâchez pas comme les païens ».
- *Identité* : Patiente découragée, car les épisodes de dépression reviennent périodiquement. Elle ne se trouve plus aucune valeur. Elle pleure durant tout l'entretien.
- *Valeurs* : La famille.

2.2 Le retour du travail du deuxième atelier

Plusieurs cas similaires ont été relevés dans la pratique des participants. Les questions au niveau du diagnostic et le manque d'information pour poser un diagnostic furent mentionnées. Ceci souligne l'intérêt de la majorité des professionnels présents pour les compétences partagées. Les sous-dimensions du STIV ont aussi été mises en dialogue afin de mieux comprendre le questionnement religieux de Mme Agathe.

Il fut proposé une approche plutôt empathique pour la patiente afin de la soutenir dans cette période difficile. Il fut aussi proposé une attitude plus confrontante face à cette patiente dont la récurrence de la dépression semble devenir un mode de vie. Les notions d'agir pour le patient *versus* être présent à ses côtés pour faciliter son rétablissement par ses forces propres furent relevées.

3 Conclusion

En conclusion de cet atelier, il est possible de dire que chacun des professionnels avait le souci du patient selon sa spécificité. Cependant, il a été remarqué que, malgré la différence des disciplines, il y avait un terrain commun à chacun. A partir de la grille STIV, chacun a su donner une compréhension de la situation et le dialogue des disciplines a eu sa place dans les sous-groupes, un certain consensus concernant un plan d'action fut proposé.

Cette expérience, même réduite, montre qu'il est possible de réfléchir ensemble et de mettre en commun les compétences propres et partagées pour le mieux-être des

patients. Un atelier comme celui-ci est porteur d'une vision interdisciplinaire collaborative au service du patient.

Bibliographie

Monod-Zorzi, Stéphanie, Soins aux personnes âgées : intégrer la spiritualité?, Lumen vitae, Coll. « Soins et spiritualité », Bruxelles, 2012.

Rochat, Etienne (2005), « Souffrir de douleur existentielle : vers une reconnaissance de la détresse spirituelle? », Revue de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs, Vol. 1, No. 2, p. 9-12.

Les cliniques transculturelles

Une manière d'aborder la spiritualité en psychothérapie

Sandra Mazaira (1), Nicolas Duruz¹ (2)

(1) Psychologue Spéc. en Psychothérapie FSP, Praticienne EMDR Europe, (2) Psychologue Spéc. en psychothérapie FSP ; Professeur honoraire de psychologie clinique à l'Université de Lausanne ; Formateur et superviseur à l'Institut Universitaire de Psychothérapie, Département de Psychiatrie — Centre d'Étude de la Famille.

Résumé : Cet article propose d'illustrer comment le psychothérapeute peut aborder la question de la spiritualité en psychothérapie, en s'étayant sur des concepts théoriques et méthodologiques issus des approches transculturelles, mais aussi de la psychotraumatologie. Au travers d'une analyse de cas, nous mettons en lumière le processus par lequel thérapeute et patiente co-crée une « prière dansante de soin », inspirée à la fois des croyances traditionnelles de la patiente et des orientations transculturelles de la thérapeute, non-confessante par ailleurs.

Mots-clés : psychothérapie, spiritualité, approches transculturelles, psychotraumatologie.

Introduction

La clinique transculturelle est une manière par excellence de prendre en compte la dimension spirituelle en jeu dans toute psychothérapie. Au travers d'une situation clinique, analysée à la lumière des concepts théoriques et méthodologiques issus des approches transculturelles, mais aussi de la psychotraumatologie, nous nous proposons de mettre en évidence le processus par lequel thérapeute et patiente réussissent à co-crée une « prière dansante de soin », inspirée à la fois des croyances traditionnelles de la patiente et des orientations transculturelles de la thérapeute, athée agnostique par ailleurs. Le postulat de base soutenant toute cette démonstration est que la dimension

1. Ce texte est suivi d'un commentaire de Nicolas Duruz.

spirituelle est un objet faisant partie intégrante de tout travail psychothérapeutique, du fait de la dimension culturelle inhérente à toute psychothérapie.

1 Concepts théoriques et méthodologiques transculturels

Les approches centrées sur la culture offrent un paradigme de définition pour la spiritualité qui peut se révéler d'une grande pertinence thérapeutique. Elles s'intéressent au rôle de la culture dans le développement et la santé du psychisme. La culture peut être définie globalement comme l'ensemble des matériaux de signification (représentations, croyances, normes, des systèmes de valeurs,...), implicites ou explicites, qui permettent aux individus d'un groupe de fonctionner. Ces matériaux précèdent l'individu, l'imprègnent au travers de la transmission transgénérationnelle, co-construisent et orientent son identité sociale et individuelle, et sa manière d'être au monde. Ici, le premier contenant psychique est culturel : il n'y a pas d'être humain sans culture, car il n'y a pas de pensée individuelle sans matrice de pensée transmise par la culture (Laplantine, 1973).

La culture remplit plusieurs fonctions, dont celle de proposer des matériaux par lesquels donner du Sens aux grandes énigmes qui transcendent l'être humain : la Vie, l'Univers, la Mort, la Guérison. Le besoin de ces matériaux de signification, et celui de faire ce travail de symbolisation pour donner sens à l'existence, sont universels (Laplantine, 1973). Ici, la culture porte et offre les matériaux de signification nourrissant la spiritualité, celle-ci pouvant être entendue comme la recherche de sens sur ce qui transcende la condition matérielle de l'homme, dans sa relation à l'Invisible.

Si la culture est universelle, les matrices culturelles sont, elles, spécifiques à des groupes, dans des lieux et des époques donnés. Celles-ci sont à l'origine, dans chaque groupe, de représentations différentes pour distinguer le normal du pathologique, la santé de la maladie, les étiologies envisageables, et les soins adéquats. Ainsi, tel que le propose Devereux (1983), toute pathologie individuelle se construit d'une manière inmanquablement culturée. Un symptôme ne prend sens que dans une culture donnée. Ainsi, l'intrapsychique et le culturel co-existent également dans le cadre du soin.

Prenons l'exemple du cauchemar : est-ce pour le patient un symptôme de pathologie ? Un travail cérébral d'intégration des souvenirs ? Une demande des Ancêtres ? Selon la matrice culturelle du soignant, ce dernier pourrait proposer une thérapie cognitive, un somnifère ou une offrande aux Ancêtres. Ainsi, patient et thérapeute ont chacun leur matrice culturelle quant à la santé.

Tous ces matériaux de signification sont pour la grande partie invisibles à nous-mêmes. La croyance peut être définie comme une conviction intime évidente ne relevant pas du débat scientifique. Baignant dans notre propre système culturel, nous avons tendance à vivre nos croyances non pas comme des croyances, mais comme des réalités ou des vérités. En reprenant l'exemple du cauchemar : « Bien-sûr qu'il s'agit du travail d'élaboration neurologique du système limbique ! » ou « Bien-sûr que tes Ancêtres sont fâchés et te le font savoir ! ». La confrontation à une autre matrice culturelle peut être l'occasion de chocs culturels, permettant parfois de mettre en évidence certaines de nos tâches aveugles, comme la nuit révèle le jour. A l'inverse, l'illusion de

croire que le partage d'une matrice culturelle commune permettrait à deux individus de s'entendre est tentante. Pour paraphraser Amin Maalouf (2001), sociologue et écrivain, non seulement nous appartenons chacun à une mosaïque unique de multiples matrices culturelles, mais de surcroît nous intériorisons chacune d'elles d'une manière toute singulière. Deux individus, de la même communauté, aussi restreinte soit-elle, ne seront jamais exactement les mêmes croyants. Ainsi, la curiosité d'une approche transculturelle prend sens autant lors de la rencontre avec l'Étranger, que dans celle avec celui dont on croyait être Même.

En psychothérapie, les fondateurs des approches centrées sur la culture ont élaboré des principes théoriques et des méthodologies favorisant l'émergence de ces contenus donneurs de sens, de ces croyances et de ces Invisibles, entités mythiques (dieux, Etres, Forces,...) à même de jouer un rôle dans la vie terrestre de l'individu.

Ainsi, Tobie Nathan, psychologue clinicien, opérationnalise l'ethnopsychiatrie, entendue comme l'étude, dans une culture donnée, des représentations des étiologies de la maladie psychique et de leur soin. Il crée un dispositif thérapeutique collectif, regroupant, autour du patient, des représentants de matrices culturelles diverses (psychologues et intervenants d'orientations et d'origines diverses, médiateurs culturels, soignants traditionnels, représentants religieux, ...), chacun explicitant sa représentation du symptôme du patient, par exemple un cauchemar. Cette confrontation des significations est à même de favoriser l'émergence des Invisibles pour le porteur du cauchemar lui-même, Invisibles qui pourraient lui permettre de donner sens à ce qui lui arrive. Nathan énonce des principes de base de l'ethnopsychiatrie (1996), qui invitent le thérapeute à prendre des risques conceptuels par rapport à la psychopathologie occidentale. Méthodologiques aussi, en l'invitant à un positionnement de chercheur.

Marie-Rose Moro (1992), pédopsychiatre, développe une approche dite transculturelle, postulant le métissage d'éléments culturels du soigné et du soignant, par la création d'un système thérapeutique de l'entre-deux cultures, à même de créer un sens commun méta. Elle propose une méthodologie du processus thérapeutique qui promeut le développement de compétences cliniques transculturelles : développement de l'autoréflexivité du thérapeute vis-à-vis de ses propres références et croyances culturelles, recherche active des données et culturelles et idiosyncrasiques du patient, mise en lumière des étiologies traditionnelles, proposition d'une action thérapeutique culturellement conforme qui permette de déclencher un mécanisme issu d'une thérapie traditionnelle, promotion d'un processus élaboratif dans l'entre-deux méta-culturel, mêlant les représentations et théories étiologiques et de soin du patient et du thérapeute. Ceci dans le but d'assouplir des systèmes d'interprétation et de croyances qui seraient devenus rigides et symptomatiques, et pour soutenir l'émergence de la créativité dans le sens de la santé.

Si le thérapeute peut déclencher un mécanisme issu d'une tradition culturelle autre, il doit le faire tout en restant cohérent avec lui-même et garant de son cadre professionnel : un thérapeute ne peut travailler qu'à partir de la position qu'il occupe dans son propre univers culturel de référence. Certes, en s'étayant sur une méthodologie transculturelle, en focus partagé, le professionnel se distancie consciemment de son ethnocentrisme théorique, mais il le fait toujours en tant que psychothérapeute.

Jean Furtos (2012), médecin psychiatre, défend un lien entre l'exclusion sociale et l'émergence d'une souffrance psychique spécifique touchant les individus en marge de la société. Il propose au thérapeute qui rencontre ce public d'oser s'engager au-delà des prescriptions théoriques usuelles, restées inefficaces jusqu'ici, et de prendre le risque d'une clinique créative, même si possiblement dérangeante quant aux convictions du thérapeute. Ce qu'il transcrit dans sa formule toute personnelle : Te (travail effectué) = Tp (travail prescrit) + e (effort personnel du thérapeute à s'adapter et à s'impliquer) (p. 36).

2 Présentation et analyse d'une situation clinique

Madame M. m'est adressée en psychothérapie pour un trouble de stress post-traumatique, notamment avec des reviviscences de l'agression subie au pays, dans un contexte de répression politique qui a été la raison de son exil pour la Suisse. Elle attend une réponse à sa demande d'asile et s'accroche à l'espoir du regroupement familial pour ses enfants. Après quelques semaines, une décision de non-entrée en matière pour sa demande d'asile tombe, avec un ordre d'expulsion de Suisse. Elle entre dans la clandestinité et tente un recours juridique. Son état psychique se péjore rapidement sous une forme dépressive, avec apparition de troubles de la conscience et de l'orientation bien connus en psychotraumatologie. Je mesure la complexité du contexte : agression, exil, clandestinité. J'évalue systématiquement le risque suicidaire, consciente qu'une hospitalisation pour sa propre protection précipiterait la procédure d'expulsion.

Je dis à Madame M. que je vois son état se péjorer, ce à quoi elle répond qu'elle en est consciente, mais qu'elle ne voit plus pourquoi lutter : ses enfants, jusque-là donneurs de sens à sa lutte pour la régularisation, seraient finalement plus en sécurité si les autorités de son pays la savaient morte. Ici, je jauge le lien tenu entre Madame M. et le reste des Autres. Inspirée de la méthodologie transculturelle proposée par Moro (1992), je lui demande alors : « Dans un tel état de désespoir, quand tout semble perdu, où, comment, iriez-vous chercher de la force pour lutter si vous étiez au pays ? ». Ce n'est que progressivement qu'elle me parle du groupe des Dames de son église, au pays. Encouragée par mes questionnements, elle me parle de Dames, de Femmes, puis de Mères, expérimentées et sages, recevant conseils et forces de leurs propres Aïeules défuntées au travers de prières dansées. Pratiques officieuses que la christianisation de son pays a juste colorées.

Je me place ainsi dans une visée d'exploration ethnopsychiatrique sincère, telle que promue par Nathan (1980), convaincue que je suis de la pertinence de ces savoirs et pratiques ancestraux qui ont valeur de sens et de soin pour ce groupe auquel appartient Madame M. Par ailleurs, dans le face à face de la rencontre, elle voit que je suis enceinte : cette appartenance commune au groupe des Mères favorise certainement notre échange, ce que j'utilise volontiers pour asseoir la relation thérapeutique. Elle me demande alors si je veux voir une vidéo de leurs prières. Comme dans ma clinique je suis toujours disposée à rechercher les Invisibles pourvoyeurs de sens et de soin de l'Autre, j'accepte. Et c'est ainsi que Madame M. va montrer à une profane un rite sacré : un cercle privé chantant des mots à des Invisibles, à des Aïeules qui donnent des conseils et des forces transgénérationnels.

Nous regardons ensemble cette vidéo de chants. Elle sourit. J'observe un relâchement neurovégétatif puis une animation émotionnelle. Je demande : « Cela semble important pour vous. Qu'est-ce que je peux faire pour vous ? ». Elle me répond : « Prier ? ». Je sais que Madame M. prie avec un groupe de l'Eglise, ici en Suisse. Confond-elle les cadres ? Et moi ? Elle demande : « Vous croyez en Dieu ? ». Je sais qu'il s'agit d'une opportunité d'ouverture ou de fermeture, que Madame me demande aussi, en miroir, quels sont mes Invisibles de référence. Je sais qu'un processus de co-construction demande effectivement l'engagement de deux personnes et certains auteurs l'encouragent, tout en ne se désavouant ni professionnellement ni personnellement. Je réponds : « Je ne sais pas s'il existe. Mais je peux prier avec vous ».

Robert Neuburger (1995), thérapeute de famille, a développé un modèle qui permet l'utilisation des croyances, y compris religieuses, comme une ressource, en proposant que patient et thérapeute créent un « mythe commun », c'est-à-dire, dans les termes mêmes de Struyf (2007, p. 74) dans un excellent article consacré à la place des croyances en psychothérapie, « une compréhension commune du problème à résoudre et une croyance commune dans le chemin que l'on va prendre pour tenter de le résoudre ». Il s'agit de trouver ici une raison et un moyen pour Madame M. de continuer la lutte pour la santé. Prier pourrait en être un vecteur.

Je cherche à déclencher un mécanisme issu d'une tradition culturelle de prière porteuse de sens et de soin pour la patiente. Elle et moi acceptons d'a-culturer (sortir du sens de sa matrice culturelle première) un élément pourvoyeur de sens, la prière, afin de l'en-culturer dans un nouveau sens commun nous appartenant à nous deux. Elle accepte d'a-culturer une tradition sacrée dans un nouvel objet encore peu défini avec une psychologue. J'accepte d'en-culturer mes références théoriques en psychothérapie autour de ce que serait « prier », pour co-créeer un éventuel nouvel objet thérapeutique. Tel un « système thérapeutique métaculturel », résultant d'un entre-deux dans lequel se lient deux mondes et deux manières de donner sens (Struyf, 2007, p. 77). Bien-sûr, l'enjeu dans ma réponse n'est pas de thématiser sur mes croyances personnelles concernant Dieu. Je suis psychothérapeute, et tels sont mes engagements et responsabilités dans cette relation. Je ne prie pas comme si je n'étais pas psychothérapeute. Je recontextualise la prière dans le cadre thérapeutique. Et la patiente accepte ce recadrage-là. Ainsi, tout en évaluant le tableau clinique et la suicidalité, je prie avec Madame M.

Ne connaissant ni la langue ni la mélodie, je me propose de battre la mesure avec les mains, puis nous nous levons. Poursuivant sur la méthodologie selon Moro (1992), je cherche à promouvoir un processus élaboratif de l'Entre-deux-Mondes. Je connais, au travers de la psychotraumatologie, l'importance des neurones miroirs dans le processus d'imitation et de résonance viscéro-motrice (Gallese, 2005), la théorie polyvagale pour la sortie d'une physiologie de l'effroi au travers du lien social et du partage intersubjectif (Porges, 2011). J'insère, dans nos mouvements, des Stimulations Bilatérales Alternées (SBA) inspirées de la thérapie EMDR (Shapiro, 2018) ainsi qu'une respiration rythmée sur les principes de la Cohérence Cardiaque (O'Hare, 2012). Ici, une étape du processus de co-construction méta-culturelle se réalise, au travers du métissage des croyances de soin, celles que peut évoquer Madame M et celles de la

psychologie centrée sur le trauma. A nouveau, je ne danse pas comme si je n'étais pas psychothérapeute : je suis psychotraumatologue.

Trois entretiens se déroulent ainsi : évaluation du status clinique, nouvelles de l'environnement, prière en chant et mouvement. L'état de santé psychique s'améliore, les troubles de la conscience s'amendent, la patiente ne présente plus de ruminations intrusives de désespoir et se fixe l'objectif de tenter un recours pour l'acceptation de sa demande d'asile, au nom de son devoir de mère envers ses enfants.

La patiente verbalise la joie que lui procure le fait de chanter, comme le bien senti à ce savoir relié à ces Mères qui enjoignent d'être des parents responsables. Je comprendrai ensuite qu'elle n'avait pas osé parler de ces chants au groupe de l'Eglise en Suisse, de peur de les offenser dans leurs croyances chrétiennes. Elle dit aussi, et cela est essentiel, qu'elle ne pourrait peut-être pas se laisser tout à fait aller avec le Groupe de Dames du village, au pays, car certaines pourraient la juger par rapport à son activisme politique. Je comprends là que nous étions parvenues à créer ensemble un nouvel objet de soin, cette prière-là, qui avait réussi à faire appel à des Invisibles et qui peut-être n'aurait pas pu apparaître dans un autre contexte que celui de cette psychothérapie.

Je ne prétends pas savoir quels Invisibles ces prières invoquent pour Madame M. ou comment ils officient ; je ne suis ni ethnologue ni chamane. Par contre, une psychothérapeute connaît l'importance dans la clinique transculturelle des Invisibles, en tant que vecteurs de la question du Sens et du Soins, comme l'importance également de la fonction que peut recouvrir une action thérapeutique co-crée et investie.

3 Conclusion

Les approches transculturelles proposent au psychothérapeute des principes théoriques et méthodologiques pour aborder la spiritualité en psychothérapie. Par la co-construction d'un système thérapeutique méta-culturel, d'un mythe commun et d'un objet de soin co-construit, le contexte psychothérapeutique peut offrir les conditions du recours aux ressources spirituelles du patient, elles-mêmes porteuses de soin.

Ces modèles ne se restreignent pas à la clinique avec des patients issus d'une matrice culturelle *a priori* étrangère. Les approches transculturelles peuvent constituer les bases de la démarche thérapeutique auprès de tout patient ; y compris auprès de celui dont on inférerait trop rapidement que les représentations de l'Invisible seraient partagées.

4 Commentaire de Nicolas Duruz

1. La présentation clinique de Sandra Mazaira est remarquable : je suis frappé aussi bien par l'engagement thérapeutique dont elle fait preuve que par la rigueur méthodologique avec laquelle elle conduit cette thérapie. Un point particulier mérite d'être relevé : cette rigueur méthodologique se référant à des concepts théoriques transculturels permet de donner sa juste place à la spiritualité dans le processus psychothérapeutique et de bien penser son articulation avec les soins. La spiritualité n'est pas une dimension extérieure, voire étrangère

à la psychothérapie, comme le postulent ceux qui pensent que la psychothérapie s'arrête là où commence la spiritualité, mais aussi ceux qui affirment à l'inverse qu'il suffirait de l'introduire dans l'espace thérapeutique en tant que ressource. L'articulation entre psychisme et spiritualité que propose Sandra Mazaira est d'un autre ordre : la spiritualité, conçue comme quête de sens se nourrissant des croyances culturelles et du système de valeurs qui les habite, est toujours déjà là : ces croyances, sorte d'« Invisibles » qui donnent sens à l'existence, ne sont pas convocables en thérapie selon le bon vouloir ni du thérapeute, ni même du patient ; elles sont inhérentes à la dynamique même du travail thérapeutique puisqu'elles constituent la matrice de toute vie psychique. C'est la fonction du thérapeute de repérer ces croyances qui animent le patient, d'analyser leurs influences sur les contenus psychiques déposés en psychothérapie, et aussi de les situer par rapport aux siennes propres. Pas étonnant que cela se joue au niveau du *cadre* thérapeutique à co-construire avec le patient, puisque cadre et croyances relèvent toujours d'un niveau « méta » ou contextuel, œuvrant dans les coulisses de l'implicite. Avec cet éclairage, on comprend sans doute mieux cette formulation un peu énigmatique de Sandra Mazaira qui commente ainsi dans son texte son acte de prier avec la patiente : « Je ne prie pas comme si je n'étais pas psychothérapeute ». Entendez : même incroyante, quand je prie avec la patiente, je reste professionnelle, je ne sors pas du cadre thérapeutique. Je ne fais pas semblant pour lui plaire, car ce que je fais s'inscrit dans un cadre méta-culturel que nous avons construit ensemble, fruit d'un métissage de nos croyances respectives.

2. Une autre visée majeure du texte de Sandra Mazaira est de nous proposer, sans qu'elle ait eu le temps de le développer, une méthodologie pour travailler avec les croyances et la spiritualité du patient, qui soit valable au-delà d'une clinique transculturelle. Elle le dit d'entrée de jeu : « La clinique transculturelle est une manière par excellence de prendre en compte la spiritualité en jeu dans toute psychothérapie. » Et cette même idée revient en conclusion : « Les approches transculturelles peuvent constituer les bases de la démarche thérapeutique auprès de tout patient ; y compris auprès de celui dont on inférerait trop rapidement que les représentations de l'Invisible seraient partagées. » Si dans une consultation transculturelle il est difficile pour le clinicien d'être insensible aux croyances culturelles qui imbivent les propos de son patient, le risque est grand de les méconnaître, de faire comme si elles n'existaient pas, quand il se trouve avec un patient partageant sa propre culture. Il y a moins d'étrangeté culturelle « dans l'air » et, marqué par l'idéologie sécularisée et individualiste de notre société occidentale, il aura tendance à se concentrer sur la réalité psychique de son patient. Et pourtant, des différences ou dissonances entre lui et le patient au niveau des croyances, valeurs ou « invisibles » qui les habitent, se font vite sentir. Il ne faut pas oublier que ce qu'on appelle une culture est constituée d'un grand nombre de sous-cultures, présentant chacune un éventail de valeurs religieuses, sociales, politiques, etc. qui sont partagées bien différemment par les individus. Dans toute consultation psychothérapeutique, il s'agit alors pour le thérapeute d'appliquer les mêmes principes de la méthode transculturelle présentée dans cet article, à savoir repérer les croyances

et « invisibles » du patient, qui donnent sens à ce qui lui arrive, s'interroger sur les siennes propres, en vue de co-construire un cadre de travail efficace, c'est-à-dire un entre-deux méta-culturel. Il serait intéressant, pour bien mesurer la pertinence d'une telle méthodologie, d'analyser à sa lumière certaines situations cliniques que nous connaissons bien : comment nous comporter quand, par exemple, le patient nous prête les mêmes croyances religieuses qu'il a, quand il nous interpelle directement sur les nôtres, ou encore quand nous nous demandons jusqu'où prendre l'initiative d'interroger les siennes ?

3. Tout ce travail d'explicitation avec le patient, de nature finalement épistémologique, s'inscrit sur un fond d'anthropologie clinique que nous tendons à promouvoir nous-même depuis plusieurs années. Celle-ci repose sur le postulat que tout courant, orientation ou école dans le domaine des soins, est déterminé par des présupposés ou croyances qu'on gagne à expliciter dans l'intérêt du patient et de son thérapeute, mais aussi en vue d'un dialogue si nécessaire entre soignants souvent enfermés dans leur idéologie !

5 Bibliographie

- Devereux, Georges, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris, 1983.
- Furtos, Jean (2012), « Vivre l'engagement et le contre-transfert en société précaire », *Filigrane*, Vol. 21, No. 1, p. 31-38.
- Gallese, Vittorio (2005), « Embodied simulation : from neurons to phenomenal experience », *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, Vol. 4, No. 1, p. 23-48.
- Laplantine, François, *Psychothèque : l'ethnopsychiatrie*, Editions Universitaires, Bordeaux, 1973.
- Maalouf, Amin, *Les identités meurtrières*, Le Livre de Poche, Paris, 2001.
- Moro, Marie-Rose (1992), « Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : L'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles », *Santé mentale au Québec*, Vol. 17, No. 2, p. 71-98. doi : 10.7202/502071ar.
- Nathan, Tobie (1996) « *Six principes d'ethnopsychiatrie* : corps d'interview donné à Felicia Knobloch pour Cadernos de Subjectividad », Sao Paulo, Vol. 1, No. 4, p. 9-19. www.ethnopsychiatrie.net/six.htm.
- Neuburger, Robert, *Le mythe familial*, ESF, Issy-les-Moulineaux, 1995.
- O'Hare, David, *Cohérence cardiaque 3.6.5. : guide de cohérence cardiaque jour après jour*, Thierry Souccar Editions, Vergeze, 2012.
- Porges, Stephen W., *The polyvagal theory : neurophysiological foundations of emotions, attachement, Communication, and Self-regulation*, WW Norton, New York, 2011.
- Shapiro, Francine, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures* (3rd ed.), New York, Guildford Press, [1989] 2018.
- Struyf, Dominique (2007), « Croyances religieuses et psychothérapie : Du symptôme aux ressources », *Thérapie familiale*, Vol. 28, p. 71-82. doi : 10.3917/TF.071.0071.

Théologie protestante de la santé

Un état de la question

Olivier Bauer

Professeur ordinaire, Institut lémanique de théologie pratique ;
Faculté de théologie et de science des religions, Université de Lausanne

Résumé : Comment la théologie protestante – entendue au double sens de conception protestante et de discours réflexif sur cette conception — conçoit-elle la santé ? Nous proposons un état de la question qui met en évidence, dans le cadre d’une spiritualité largement sécularisée, la spécificité et l’originalité d’une théologie protestante de la santé : elle refuse de faire de la santé spirituelle un ordre spécifique de la santé pour en faire le sens donné à la santé et à la maladie dans ses ordres biologique et psychosocial.

Mots-clés : théologie, protestantisme spiritualité, vulnérabilité, accompagnement.

1 Éléments d’anthropologie chrétienne

La théologie chrétienne pourrait lire dans la distinction classique de trois ordres de la santé — biologique, psychosocial et spirituel, ce dernier ajouté par l’OMS lors de la conférence de Bangkok (Organisation mondiale de la Santé, 2005) — un héritage de l’anthropologie chrétienne, qui ferait elle-même de l’être humain la somme de trois parties : corps, esprit et âme. Or, cette tripartition dépasse largement le cadre de la théologie chrétienne et ne lui correspond pas forcément.

Elle la dépasse, car c’est à Platon qu’il faut attribuer le dualisme anthropologique, partition entre corps et âme (Fédida, s. d.) et puisque le *Tanakh* et le Nouveau Testament s’inscrivent en différence, dans un monisme anthropologique (Lehmann, 1987) qui définit l’être humain comme « âme vivante » dans la terminologie de la Genèse ou avec une distinction existentielle entre « homme intérieur et homme extérieur » dans les lettres de Paul. L’anthropologie biblique est complexe et subtile, comme en témoignent les nombreux termes qui lui sont associés : en hébreu, l’être humain est une chair (*bāśār*) dont la vie – un souffle (*nepeš*) reçu d’un souffle (*rûah*) — siège

dans son sang (*dām*). En grec, le corps (*sōma*) s'articule avec la chair/viande (*sarx*), l'intellect (*noûs*), la conscience (*syneidesis*) et surtout l'esprit, qui se dédouble en *psychè* (vie animée/âme) et en *pneuma* (souffle/esprit) (Gignac, 2004, p. 101).

Elle ne lui correspond pas exactement, car la théologie contemporaine débat et déborde la tripartition classique. Quand Pierre Gisel travaille la place du corps en christianisme, il refuse l'opposition entre le corps d'une part et d'autre part ce qu'il réunit dans une seule expression « l'âme et/ou l'esprit » (Gisel, 2008b, p. 7). Il propose une autre distinction, entre corps et sujet. Le corps est « ce qui donne lieu à l'existence » (Gisel, 2008a, p. 256). Il est fait de chair, non pas comme une réalité qu'il faudrait dépasser, dont il faudrait être libéré ou « sauvé », mais précisément, comme le lieu où je suis sauvé, révélé, « éveillé à moi-même » (Gisel, 2008a, p. 288), comme le lieu de l'émergence d'un sujet singulier, d'un sujet personnel à la fois toujours lié à son corps et toujours dans la nécessité de s'en démarquer « parce que marqué de et en rapport à ce qu'il n'est pas » (Gisel, 2008a, p. 299).

2 Théologies chrétiennes de la santé

Loin de la définition donnée par l'OMS — « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation mondiale de la Santé, 2006, p. 1) —, la théologie chrétienne promeut une double attitude face à la maladie, à la souffrance et à la mort. Sur le fondement ambivalent de l'exécution de Jésus — celui que Pierre Bühler appelle « thérapeute » (Bühler, 1983) et que Jean Monbourquette qualifie de « guérisseur blessé » (Monbourquette, 2009) —, provoquant à la fois sa mort et sa résurrection, la théologie prend en compte la réalité effective de la souffrance et, en même temps, se révolte contre elle et se montre solidaire de celles et ceux qu'elle affecte. Paul Tillich caractérise cette attitude comme un « courage d'être », car « l'acceptation "en dépit de" relève du courage et non de la résignation » (Flachon, 2006, p. 504). Dans la même ligne théologique, Marion Muller-Colard évoque une « intranquillité » constitutive de la foi chrétienne (Muller-Colard, 2017), Marie-Jo Thiel parle de « souhaitable vulnérabilité » (Thiel, 2016) et Gabriel Ringlet fait « l'éloge de la fragilité » (Ringlet, 2004).

2.1 Théologies chrétiennes de la santé dans l'ordre biologique

Ce sont avant tout les questions bioéthiques qui conduisent les théologien·nes, les éthicien·nes et les moralistes à penser la théologie de la santé biologique. La question de la fin de vie divise la théologie chrétienne, entre celles et ceux qui estiment légitime de mettre fin à une existence privée de sens (Paroz, 2010) et d'autres qui postulent que c'est précisément le rôle de la théologie de lui en donner un (Barreau, 2017). Le handicap représente un autre domaine où des théologien·nes formulent une théologie de la santé. Se pose alors, de manière fondamentale, la question d'une éventuelle relation entre un dysfonctionnement dans l'ordre biologique et un dysfonctionnement dans l'ordre spirituel. De manière presque unanime, les théologien·nes refusent de lier les ordres : la santé spirituelle ne dépend pas de la santé biologique ou psychosociale ; la santé biologique ou psychosociale — qu'elle soit bonne ou mauvaise — ne révèle

rien de la santé spirituelle : « Dieu nous prend avec la vie que nous avons, et nous offre des occasions de transformation dans notre combat pour être bien » (Black, 1999, p. 34).

Certaines théologies — plutôt catholique, évangélique et pentecôtiste — postulent que Dieu intervient pour restaurer une santé atteinte dans l'ordre biologique. Elles élaborent une théologie de la guérison, de la guérison miraculeuse, qui peut arriver de manière « accidentelle » et venir d'une souveraine liberté de Dieu — position plutôt catholique (Latourelle, 1986 ; Sombel Sarr, 2009) — ou qui peut être le résultat d'une action spécifique, d'un ministère de guérison — position plutôt évangélique et pentecôtiste (Hollenweger, 1989) — avec la difficulté d'assumer la souffrance « résiduelle » (Monnot, 2009).

2.2 Théologies chrétiennes de la santé dans l'ordre psychosocial

Dans une perspective biblique, la santé psychologique se confond largement avec la vie spirituelle. Les récits évangéliques, notamment, décrivent les situations de fragilité psychique comme des possessions démoniaques. À l'époque contemporaine, l'émergence de la psychologie — notamment de la psychanalyse et de la psychologie humaniste — conduit à l'exigence d'un rapport d'ouverture et de collaboration avec les sciences humaines, largement accepté dans la pastorale des troubles psychosociaux.

En théologie protestante, l'idée d'une mise en relation — par opposition à l'isolement, au repli sur soi –, de liberté et d'ouverture, enfin les dimensions de l'espoir et de l'espérance sont présentées comme des catégories centrales pour décrire le bien être psychique. François Rochat parle d'une « expérience de vie dans la maladie, malgré la maladie » (Rochat, 1992, p. 107). Il s'agit d'être vrai, c'est-à-dire de pouvoir exprimer ce que l'on ressent et pas seulement ce que l'on pense. La santé dans l'ordre psychosocial correspond dès lors à la capacité de prendre conscience et de prendre parole, de se réaliser, de donner un sens à sa vie. La santé apparaît donc comme un équilibre dynamique et une capacité d'évolution. Elle est relationnelle, ouverte à l'altérité, à l'autre et à Dieu.

2.3 Théologies chrétiennes de la santé dans l'ordre de la santé spirituelle

L'ordre de la santé spirituelle déborde largement la théologie chrétienne. Le discours réflexif sur la spiritualité constitue un champ propre de la recherche.

Mais la théologie chrétienne n'abandonne pas pour autant toute prétention à définir sa propre conception de la spiritualité. De manière classique, elle réfléchit la santé spirituelle dans les termes du péché et du pardon ou de la foi et de l'idolâtrie, doublement définie comme une relation à un faux dieu, ou comme une fausse relation au vrai Dieu. Pierre-Luigi Dubied propose la notion de « maladie spirituelle ». Il voit dans « l'athéisme pratique », une maladie — parce que la personne qui en souffre n'a plus « les moyens d'y remédier par lui-même » (Dubied, 1982a, p. 27) — et une maladie spirituelle — parce qu'elle est le refus ou l'incapacité de donner un sens à sa propre existence –. Mais il existe d'autres manières de concevoir la santé spirituelle. Ainsi, Paul-André Giguère propose la maturité de la foi, une foi mûre qui n'existe pas dans l'absolu, toujours relative et forcément dépendante des « défis de sens » posés

par l'existence et des potentialités des personnes appelées à les relever. Il évoque donc des maturités successives de la foi, des équilibres fragiles et dynamiques « entre savoir s'assumer et savoir lâcher prise », « entre l'agir lucide et la marche dans l'obscurité », « entre savoir et non savoir » (Giguère, 1991, p. 88-93).

3 Les pratiques protestantes

La théologie de la santé débouche sur des pratiques chrétiennes pour la santé. En protestantisme, elles relèvent de deux types : en premier lieu, un accompagnement centré sur le dialogue et quelques rites intégrant des gestes symboliques.

3.1 L'accompagnement

Dans notre contexte, trois théologien·nes protestant·es ont développé des approches originales de la pratique de l'accompagnement pastoral ou spirituel :

- Jean Ansaldi pense le « dialogue pastoral » sur le fond d'une anthropologie lacanienne qu'il juge compatible avec l'anthropologie biblique. Il le conçoit comme une « thérapie de la foi » qui cherche à favoriser « les déplacements réciproques et inverses des instances respectives que sont Dieu et l'idole » pour « provoquer en retour un mouvement de sanctification et donc une modification des compréhensions de soi, des autres et du monde » (Ansaldi, 1986, p. 69). Comme la psychanalyse, le dialogue pastoral est essentiellement un ministère d'écoute. Tout part donc des discours, de ce qui est dit, non-dit ou mal-dit à propos des « relations secondes à soi, aux Autres et au monde ». Il s'agit d'en « induire la qualité de l'instance qui loge au lieu du Radicalement-Autre » (Ansaldi, 1986, p. 57), un lieu qui peut être occupé par une idole ou par le Dieu de Jésus-Christ. Le dialogue pastoral suppose alors un travail d'interprétation théologique pour identifier l'idole et apporter « la prédication d'un Évangile ultra-personnalisé qui en découle » (Ansaldi, 1986, p. 103), une parole que l'Esprit-Saint peut utiliser pour diminuer la part d'idole et augmenter celle du Père-Radicalement-Autre.
- Dans son cadre de référence sur la maladie spirituelle, Pierre-Luigi Dubied élabore une thérapie spirituelle — c'est notre expression. Inspiré par les travaux de l'École de Palo-Alto, il considère que seul un langage de changement peut provoquer un changement de niveau 2, c'est-à-dire un retournement de perspective où la question du sens de la vie devient essentielle, ce qui, de fait, consiste à reconnaître la maladie spirituelle précisément comme une maladie spirituelle (Dubied, 1982a, p. 125-153). Par la suite, il développe les implications pratiques de ce postulat pour le travail pastoral, en particulier par le biais de la fiction (Dubied, 1982b), de l'ironie (Dubied, 2002) et du récit de soi (Dubied, 2004).
- Lytta Basset reformule la théologie chrétienne de l'accompagnement spirituel. Établissant la différence entre l'accompagnement psychologique ou psychanalytique et l'accompagnement spirituel, elle dégage la spécificité de ce dernier. Il a pour but « de soutenir [la personne] dans son aspiration à se relier à ce Tout-Autre qu'on appelle traditionnellement "Dieu" ». Elle ajoute, élément im-

portant dans la perspective d'une théologie de la santé « et ce, quel que soit son état psychique, corporel ou mental » (Basset, 2013, p. 11). Et c'est théologiquement qu'elle définit la posture professionnelle, mais surtout existentielle, de l'accompagnant-e spirituel-le qui n'a « pas plus que Jésus, la maîtrise de la personne ni même de celui de la relation... et s'interdit donc autant les prédictions que les diagnostics » (Basset, 2013, p. 17).

3.2 Les rites et les gestes

Si les pratiques catholique et évangélique intègrent des rites ou des gestes symboliques à l'intention des malades, en particulier l'onction d'huile pratiquée, différemment, tant dans le contexte catholique — le sacrement des malades qui a remplacé l'extrême-onction — que dans le contexte évangélique, la théologie et les pratiques protestantes, nous l'avons écrit, restent plutôt centrées sur la parole et sur l'écoute. Cependant, les années 1990 ont vu apparaître en Suisse romande des « cultes de guérison » — rapidement renommés « cultes de bénédiction pour fatigués et chargés » —, dont la caractéristique principale était d'intégrer dans la liturgie un temps de bénédiction avec imposition des mains sur les épaules des participant-es (Clivaz-Loi-Zedda, 1993 ; Quinche, 1993). Ces pratiques sont restées marginales et parfois contestées, même si le concept de « bénédiction » et les gestes qui la manifestent se sont largement imposés (Parmentier, 2017). Théologiquement, j'ai montré la nécessité de problématiser le rôle de Dieu dans les rites de guérison, en me demandant si la guérison — si ou quand elle a lieu — dépend de Dieu, du rite, du ou de la thérapeute ou seulement de la personne souffrante (Bauer, 1996).

4 Conclusion

Dans le contexte d'une spiritualité largement sécularisée, il nous paraît que la spécificité et l'originalité d'une théologie protestante de la santé est de contester la tripartition de la santé. Refusant de faire de l'ordre spirituel de la santé un troisième ordre — souvent d'ailleurs considéré comme un tiers ordre inférieur —, elle en fait une attitude vis-à-vis de la santé dans ses ordres biologiques et psychosociaux. Ce qui la conduit à laisser ces deux ordres aux spécialistes — dont Dieu n'est pas exclu — et à se recentrer sur le sens à donner à la santé comme à la maladie.

Bibliographie

- Ansaldi, Jean, *Le dialogue pastoral : de l'anthropologie à la pratique*, Labor et Fides, Genève, 1986.
- Barreau, Jean-Marc, *Soins palliatifs : accompagner pour vivre*, Médiaspaul, Montréal, 2017.
- Basset, Lytta (2013) « Introduction. », in Basset, Lytta (dir.), *S'initier à l'accompagnement spirituel : treize expériences en milieu professionnel*, Labor et Fides, Genève, p. 9-26.
- Bauer, Olivier (1996) « Pour être efficaces, les rites de guérison ont-ils besoin des dieux ? », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, vol. 1, No 30, p. 161-168.
- Black, Kathy, *Évangile et handicap : une prédication pour restaurer la vie* (J.-F. Rebeaud, trad.), Labor et Fides, Genève, 1999.
- Bühler, Pierre (1983) « Jésus-Christ le thérapeute », *Études Théologiques et Religieuses*, vol. 58, No. 2, p. 181-191.

- Clivaz-Loi-Zedda, Claire (1993) « Les cultes de bénédiction pour fatigués et chargés », *Les cahiers de l'IRP*, vol. 1, No 17, p. 26-36.
- Dubied, Pierre-Luigi, *L'athéisme : une maladie spirituelle ?*, Labor et Fides, Genève, 1982a.
- Dubied, Pierre-Luigi, *Octobre-décembre : conte fantastique*, Labor et Fides, Genève, 1982b.
- Dubied, Pierre-Luigi (2002) « À partir du malentendu et de l'ironie », in Bauer, Olivier ; Moser, Félix (dir.), *Les Églises au risque de la visibilité*, Institut Romand de Pastorale, Lausanne, p. 91-97.
- Dubied, Pierre-Luigi (2004) « Maladie spirituelle et récit de soi », *Les cahiers de l'IRP*, vol. 48, p. 47-56.
- Fédida, Pierre (s.d.), *Encyclopædia Universalis*, « Corps : soma et psyché » : <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/corps-soma-et-psyche/> (consulté le 20/03/2020).
- Flachon, Laurence (2006) « L'accompagnement pastoral selon Paul Tillich enjeux ontologiques et théologiques », *Études théologiques et religieuses*, vol. 81, No 4, p. 503-516.
- Gignac, Alain (2004) « La mise en discours de l'humain chez saint Paul et ses interprétations anthropologiques en christianisme : relecture de 1Co 6,12-20 ; 1 Co 2,10-3,4 et 1Co 15,35-53 », *Théologiques*, vol. 12, No. 1-2, p. 95-124.
- Giguère, Paul-André, *Catéchèse et maturité de la foi*, Novalis, Montréal, 1991.
- Gisel, Pierre (2008a) « Du corps et de ce qui le traverse », in Askani, Hans-Cristoph ; Gisel, Pierre (dir.), *Le corps, lieu de ce qui nous arrive : approches anthropologiques, philosophiques, théologiques*, Labor et Fides, Genève, p. 285-300.
- Gisel, Pierre (2008b) « Ouverture », in Askani, Hans-Cristoph ; Gisel, Pierre (dir.), *Le corps, lieu de ce qui nous arrive : Approches anthropologiques, philosophiques, théologiques*, Labor et Fides, Genève, p. 7-19.
- Hollenweger, Walter J. (1989) « Guérissez les malades ! La guérison, mission et don pour la communauté », *Hokhma*, vol. 1, No. 42, p. 65-89.
- Latourelle, René. *Miracles de Jésus et théologie du miracle*. Bellarmin & Cerf, Montréal & Paris, 1986.
- Lehmann, Richard (1987) « Dualisme », in Bogaert Pierre-Marie (dir.), *Dictionnaire encyclopédique de la Bible*, Brepols, Turnhout, p. 366.
- Monbourquette, Jean, *Le guérisseur blessé*, Novalis, Montréal, 2009.
- Monnot, Christophe (2009) « De l'affliction à la prédication : quand les souffrants parlent à la communauté », *Social Compass*, vol. 56, No 2, p. 214-225.
- Muller-Colard, Marion, *L'intranquillité*, Bayard, Montrouge, 2017.
- Organisation mondiale de la Santé (2005), World Health Organization, « *La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation* » : https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf (consulté le 20/03/2020).
- Organisation mondiale de la Santé (2006), World Health Organization, « *Europe : promotion de la santé-Charte d'Ottawa* » : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf (consulté le 20/03/2020).
- Parmentier, Élisabeth (2017), *Les cahiers de l'ILTP*, « La bénédiction, un nouveau langage pour dire la grâce ? » : <http://wp.unil.ch/lescahiersiltp/precher-celebrer/la-benediction-un-nouveau-langage-pour-dire-la-grace/> (consulté le 20/03/2020).
- Paroz, Pierre, *Prends soin de ma fin du devoir de vivre et du droit de mourir dans la dignité*, Olivétan, Lyon, 2010.
- Quinche, Jeanne-Marie (1993) « Les cultes pour fatigués et chargés : jalons d'une évolution récente », *Les cahiers de l'IRP*, vol. 1, No. 17, p. 11-18.
- Ringlet, Gabriel, *Éloge de la fragilité*, Albin Michel, Paris, 2004.
- Rochat, François, *La crise de guérison : l'accompagnement spirituel des personnes souffrantes*, Centurion, Paris, 1992.
- Sombel Sarr, Benjamin, *La guérison divine en Afrique : questions théologiques et pastorales*, L'Harmattan, Paris, 2009.
- Thiel, Marie-Jo, *Souhaitable vulnérabilité ?* Presses universitaires de Strasbourg, Strasbourg, 2016.

La troisième dimension de la médecine

La dimension spirituelle

Florence Depeursinge

Cardiologue FMH, Institut Lémanique de Théologie Pratique

Résumé : En 1940, Paul Tournier présente que la médecine s'adresse à l'humain dans sa totalité : physique, psychosociale et spirituelle, alors que la science n'en voit que les morceaux. La qualité de la rencontre médecin-malade est en jeu : elle dépend du regard posé sur l'autre considéré « du point de vue de Dieu ». A partir de cette rencontre, le malade peut prendre ses responsabilités dans la manière de répondre à l'épreuve de la maladie et peut-être lui donner un sens.

Mots-clés : médecine, personne, dimension spirituelle, maladie, sens, Paul Tournier.

Introduction

Pendant plusieurs siècles, l'art médical consistait à s'entretenir avec le malade puis à l'examiner minutieusement, n'ayant pas d'autres moyens diagnostiques à disposition. De plus le personnel soignant était constitué de religieuses qui ne quittaient pas la chambre le soir sans dire une prière. Le spirituel était au cœur de l'hôpital. Dès le début du XX^e siècle, la médecine s'est dotée d'une instrumentation technique, et dans la deuxième partie du XX^e siècle, le personnel soignant est devenu exclusivement laïque. Les malades et les médecins n'ont eux-mêmes souvent plus d'ancrage ni de références religieuses explicites. De plus, les progrès extraordinaires de la médecine conduisent parfois à des situations inédites posant de graves problèmes éthiques et surtout humains. Depuis une dizaine d'années, l'homme malade qui n'était plus vu que comme un ensemble d'organes, a été reconnu comme un être biologique, psychosocial et spirituel. Récemment, la spiritualité refait son apparition dans les soins et il existe différentes formes de prise en compte de la dimension spirituelle en médecine qui ne demandent qu'à être mises en pratique.

1 Médecine de la Personne

1.1 Contexte historique

En pleine deuxième guerre mondiale, Paul Tournier s'inquiète de la direction que prend la médecine, de plus en plus scientifique, de plus en plus technique ! C'est un médecin visionnaire, au vu de notre médecine actuelle et un chrétien engagé et inspiré. Il publie son premier livre : « La Médecine de la Personne » (1984). Il dit avoir été « fécondé » par Frank Buchman (1878-1961), pasteur luthérien américain qui va fonder un Mouvement œcuménique : le Groupe d'Oxford, ouvert à toutes les religions. Frank Buchman (1947) prône une révolution chrétienne pour changer le monde qu'il nomme le « réarmement moral et spirituel ». Il sera un des pionniers des méthodes d'entraide, et ce sont deux de ses collaborateurs qui seront à l'origine de l'association des Alcooliques Anonymes.

1.2 Paul Tournier

Médecin genevois (1898-1986), il écrira une vingtaine de livres, traduits en plusieurs langues et donnera des conférences dans le monde entier. Ses parents décèdent alors qu'il est encore en bas âge et il s'enferme dans une solitude morale avec l'impression de n'exister pour personne. A l'âge de 16 ans, il est invité par son professeur de grec qui s'adresse à lui comme à une personne non comme à un élève, pour lui c'est une révélation, il se sent enfin exister. En 1947, il fonde le Groupe International de la Médecine de la Personne qui est toujours bien vivant, la 71^e rencontre a eu lieu en 2019 en Tchèque.

1.3 Vivre à l'écoute

Tout commence par le silence, écoute de Dieu, pour se nourrir de ce regard d'amour et le porter sur les humains. Puis vient l'écoute de soi, de ses vulnérabilités, de ses résistances à être vrai. Le médecin peut ensuite se mettre avec son cœur à l'écoute du malade, de son histoire de vie et de son vécu dans la maladie. Il peut accueillir sa révolte née de la souffrance et accompagner le malade vers une possible acceptation qui pourra contribuer à donner un sens à sa maladie. « Se sentir compris, c'est ça qui aide à vivre » (Tournier, 1984). Le malade ne va s'ouvrir au médecin que s'il le sent pleinement disponible et cette disponibilité dépend du recueillement du médecin qui va porter ses relations humaines devant Dieu.

1.4 La rencontre

C'est une rencontre de personne à personne, dans la conscience de la présence invisible de Dieu, dans le respect, l'humilité, la réciprocité. « La vraie rencontre est celle où chacun laisse quelque chose de soi et expérimente le besoin de l'autre » (Châtel, 2013). L'être humain est un mystère, il est unique. La relation médecin-malade est unique et touche à ce qu'il y a de plus intime, l'accès au corps du malade, à son psychisme et jusqu'au bout de lui-même, à sa confrontation à la souffrance et à la mort. Mais c'est surtout une rencontre de la part sacrée de chacun (Grün, 2014), la rencontre authentique qui peut aboutir à une véritable communion, qui sera vécue comme une expérience spirituelle, inoubliable. Il peut s'en dégager une joie intérieure partagée,

même dans des situations de grande souffrance. Pour que cela se produise, le médecin devra sortir de sa prison scientifique, descendre de son piédestal, et se libérer de sa prétention à savoir mieux que le malade.

1.5 Sens de la maladie

Avant que d'être guéris, les malades ont besoin d'apprendre à vivre ce qu'ils ont à vivre. Il s'agit alors de les accompagner sur le chemin de la maladie, pour qu'ils découvrent leurs ressources et se réapproprient le sens de leur vie. Ils pourront prendre leurs propres responsabilités quant à la réponse qu'ils vont donner à l'épreuve de la maladie pour lui conférer un sens. Le sens ne se révèle souvent qu'après coup, c'est un acte de foi, avoir confiance qu'il en existe un. La médecine de la personne s'adresse autant au médecin qu'au malade, le principe étant de s'aider mutuellement à prendre conscience de ses problèmes pour, ensemble, devenir soi-même, authentique. Trouver le sens c'est retrouver le lien à soi, à l'autre, à Dieu. Les questions qui viennent à l'esprit de tout malade sont d'abord « pourquoi moi ? » et « qu'ai-je fait pour mériter ça ? » avec un fort sentiment de culpabilité. Même chez les non-croyants, la maladie est souvent interprétée comme une punition. La lecture contemporaine des Ecritures répond clairement « non » à cette interrogation (Jean 9, 1-3).

2 Evidence-based Medicine (EBM)

Dès 1992, l'Evidence-based Medicine change radicalement la pratique médicale (Guyatt *et al.*, 1992). Cette médecine basée sur les preuves issues de la recherche clinique s'appuie sur des résultats statistiques démontrant le meilleur rapport coût/bénéfice et l'absence de dangerosité d'un traitement et a conduit à l'élaboration de recommandations internationales pour le choix du traitement, qui sont régulièrement mises à jour. Idéalement, le choix se trouve à l'intersection de trois cercles : preuves scientifiques du bien-fondé du traitement, avis du médecin avec ses compétences, malade dans sa singularité et avec ses valeurs. Mais si l'EBM est très riche d'enseignement, ce sont des résultats valables pour une moyenne statistique qui ne correspond à personne, qui ne tient compte ni de l'âge, ni du sexe, ni des maladies associées. Toutefois si le médecin connaît bien son malade et pas seulement sa maladie, l'EBM a du sens.

3 Autres types de communication en médecine prenant en compte la dimension spirituelle

3.1 La médecine centrée sur la personne

Dans la mouvance de Paul Tournier, a été fondé en 2007, le Collège International de Médecine Centrée sur la Personne (ICPMC, s.d.), à l'initiative de l'OMS, d'associations de médecins, infirmières et patients du monde entier. Ceci en réaction à la prise de conscience de la déshumanisation de la médecine, d'une focalisation sur les organes au détriment de la personne dans sa globalité, de l'appauvrissement de la communication entre professionnels, patients et ses proches, sans oublier la main mise par l'industrie et finalement l'incidence alarmante du *burn-out* chez les soignants. L'approche s'intéresse autant aux facteurs qui contribuent au maintien de la santé qu'aux maladies. Elle s'appuie sur un engagement éthique, dans une perspective holistique ;

elle prend en compte les spécificités culturelles, et met l'accent sur la qualité relationnelle, notamment sur l'empathie, de manière individualisée ; elle vise une information et une participation aux décisions thérapeutiques incluant le patient et ses proches, un système de santé centré sur la population avec une éducation en matière de santé et un effort de recherche médicale. Ce Collège n'a pas d'appartenance religieuse, mais défend une médecine humaniste, incluant les facteurs biologiques, psychologiques, socio-culturels, financiers, politiques et spirituels pour la compréhension, la restauration et la promotion de la santé. Le Collège se réunit annuellement à Genève.

3.2 La logothérapie ¹

Viktor Frankl (1905-1997) est un neurologue et psychiatre autrichien rescapé d'Auschwitz alors que toute sa famille a été exterminée dans les camps. Il a découvert autant pour lui-même que pour les autres, que le fait d'avoir un but et un sens à sa vie l'aidait à survivre aux conditions inhumaines de détention. Il en a fait une technique psychothérapeutique : la logothérapie. Elle s'intéresse à la signification que le patient peut donner à son avenir plutôt qu'à son passé, elle se penche sur la raison de vivre de la personne, ou recherche de sens à sa vie, qui n'appartient qu'à elle-même. L'humain a besoin de se sentir appelé à accomplir quelque chose. La perte des instincts fondamentaux, ajouté à la perte des traditions menace l'homme de souffrir d'un vide existentiel qui peut conduire à la dépression et au suicide, à l'agressivité et à la toxicomanie. Le logothérapeute essaie de faire voir à son patient quelles sont ses responsabilités en élargissant son champ de vision. On peut découvrir le sens de sa vie de trois façons différentes : 1) par l'accomplissement, la réalisation de sa mission ou la création d'une œuvre, 2) par l'amour, qui mène à l'établissement de liens significatifs et 3) par l'adoption d'une attitude positive face à la mort et aux souffrances inévitables. Même dans des conditions extrêmes, il reste à l'homme la dernière des libertés humaines : choisir l'attitude qu'il adopte dans les situations qu'il est obligé de vivre. Quand une personne a trouvé un sens à sa vie, elle est aussi capable de faire face à la souffrance.

3.3 Salutogenèse

Aaron Antonovsky (1923-1994), sociologue israélien, a étudié les facteurs favorisant la survie et l'adaptation chez des survivants de camps de concentration. Il a inventé le concept de salutogenèse, qui met l'accent sur ce qui contribue à promouvoir la santé plutôt que de se focaliser sur la pathogenèse. Il s'appuie sur trois types de confiance : la confiance en notre pouvoir de comprendre ce qui nous arrive, la confiance de disposer des ressources nécessaires pour affronter les exigences de la vie et la confiance que ce qui arrive a du sens. Chacune de ces trois composantes constitue ce qu'il a appelé le sens de la « cohérence », qui serait le fondement de la salutogenèse (Mittelmark *et al.*, 2017).

3.4 La médecine narrative

La médecine narrative est une approche de soins centrés sur la personne (Goupy et Le Jeune, 2016). Elle se définit comme une compétence qui permet de reconnaître le

1. D'après Frankl (2013)

besoin du malade de se raconter pour donner un sens à ce qui lui arrive, d'accueillir son histoire, d'en imaginer différentes interprétations, et enfin d'en être ému. Il s'agit surtout d'établir une relation médecin-malade de qualité, marquée par l'empathie et basée sur l'écoute attentive du malade, ce qui renforce l'alliance thérapeutique. Pour répondre à la perte de sens et à la souffrance au travail exprimée par les jeunes médecins face à une médecine déshumanisée, cette méthode demande aussi au médecin de pratiquer une écriture « réflexive », soit de mettre par écrit son ressenti à l'écoute du récit du malade, de façon à prendre conscience de ce qu'il vit.

3.5 La Présence thérapeutique

La présence thérapeutique est une qualité d'être, un état de réceptivité qui implique une ouverture totale au monde intérieur du malade, notamment par son expression verbale et corporelle. Mais c'est aussi une ouverture du thérapeute à sa propre expérience corporelle dans l'instant, afin de pouvoir accéder à la connaissance, à la compétence et à la sagesse qui se manifestent à travers ce vécu corporel (Geller et Greenberg, 2005). Cela demande d'être en contact avec l'entièreté de soi. La présence thérapeutique aide le malade à entrer dans le processus thérapeutique qui mène à la prise de conscience et à l'abandon de ses défenses, ainsi qu'à la découverte et à l'actualisation de ses ressources. Le non-jugement, la bienveillance et la confiance réciproque qui s'instaure dans la présence, permet une communication plus efficace entre le soignant et le soigné, une meilleure adhésion aux traitements proposés et de meilleurs résultats thérapeutiques. En outre, la présence à soi favorise l'intuition, l'empathie et la résonance empathique.

4 Ethique du *care*

L'éthique du *care*, c'est-à-dire du prendre soin d'autrui avec attention et sollicitude, représente une manière de faire un « pas de côté » alors que la bioéthique est devenue trop institutionnalisée (Zielinski, 2010). Elle est à la fois disposition et activité. Sagesse pratique qui allie vertu morale et action, elle requiert intelligence des situations particulières et réponse adéquate, adaptée au contexte. Elle implique également de chercher à savoir si le soin a répondu au besoin et a apporté un résultat, ce qui demande une réciprocité dans la relation de soin : celui ou celle qui donne le soin a besoin de la réponse de l'autre qui doit avoir la « capacité de répondre ». La condition humaine est vulnérabilité mais aussi interdépendance. Le *care* permet de redonner une place à la vulnérabilité dans le lien social ; la visée éthique du *care* est de prendre soin de l'autre sur un chemin de libération et d'individuation.

5 Conclusion

Aujourd'hui, nous disposons de nombreux outils pour reconstruire une relation médecin-malade de qualité, basée sur le respect, l'humilité, et l'amour. Il s'agit maintenant de se donner les moyens de les mettre en œuvre, au lieu que chaque partenaire reste frustré : les médecins, menacés de *burn-out*, les malades, abandonnés à leur solitude sur le plan humain même s'ils se sentent pris en charge sur le plan de la maladie. Le médecin peut changer de regard, « quitter sa blouse blanche » pour redevenir une

personne humaine, être conscient du caractère sacré de la relation avec son malade, tenir compte de sa singularité, de son histoire de vie, de ses ressources. Le médecin y trouvera une motivation supplémentaire, une meilleure gestion de son impuissance, un développement personnel, moins d'épuisement et pourra bénéficier du cadeau de la rencontre authentique, en un mot, entrer dans une nouvelle dimension. Le malade y retrouvera sa dignité, son identité de personne. Il se sentira revalorisé et pourra davantage participer aux choix thérapeutiques, devenir partenaire du médecin dans la traversée de sa maladie. Cette reprise en main de sa vie pourra contribuer à sa « guérison spirituelle » pour se réconcilier avec les autres, avec lui-même, avec Dieu en retrouvant une liberté intérieure.

« C'est pourquoi nous ne perdons pas courage et même si, en nous, l'homme extérieur va vers sa ruine, l'homme intérieur se renouvelle de jour en jour » (2 Co 4,16).

Bibliographie

Buchman, Frank, *Remaking the World*, Blandford Press, London, 1947.

Châtel, Tanguy, *Vivants jusqu'à la mort*, Albin Michel, France, 2013.

Frankl, Viktor, *Découvrir un sens à sa vie : avec la logothérapie*, Les éditions de l'Homme, Canada, 2013.

Geller, Shari ; Greenberg, Leslie M. (2005), « La présence thérapeutique : l'expérience de la présence vécue par des thérapeutes dans la rencontre psychothérapeutique », *Approche centrée sur la personne : Pratique et recherche*, France, Vol. 1, No 1, p. 45-66.

Goupy, François ; Le Jeune, Claire (dir) (2016), *Médecine narrative : une révolution pédagogique ?*, Med-Line Ed., France, 2016.

Grün, Anselm, *Accomplis ce pour quoi tu es fait*, Salvator, France, 2014.

Guyatt, Gordon ; Cairns, John ; Churchill, David *et al.* (1992) « Evidence-based medicine : a new approach to teaching the practice of medicine », *Jama*, Vol. 268, No. 17, p. 2420-2425.

ICPMC (s.d.), *The International College of Person-Centered Medicine* : <https://personcenteredmedicine.org/mission.html> (consulté le 20/03/2020).

Mittelmark, Maurice ; Saly, Shifra ; Eriksson, Monika ; Bauer, Georg ; Pelikan, Jürgen ; Lindström, Bengt ; Espnes, Geir Arild (dir.) (2017), *The Handbook of Salutogenesis*, Springer, Switzerland.

Tournier, Paul, *Vivre à l'écoute*, Editions de Caux, Suisse, 1984.

Zielinski, Agata (2010) « L'éthique du *care* : une nouvelle façon de prendre soin », *Etudes*, France, Vol. 413, No. 12, p. 631-641.

Santé et salut, quel rapport et quelle pertinence au XXI^e siècle ?

Pistes de réponse à la lumière d'un récit de guérison dans l'Évangile de Luc

Anne Sandoz Dutoit

MA, théologienne, formation en *Clinical Pastoral Training*

Résumé : Le récit de la guérison des dix lépreux dans l'Évangile de Luc (Lc 17,11-19) permet d'interroger nos présupposés quant à la manière de concevoir santé, maladie et guérison et, par là même, de travailler sur un sentiment de culpabilité, d'injustice, voire d'absurde. L'avènement de la médecine techno-scientifique n'a en effet pas entraîné la disparition d'une quête de sens et de réconciliation au-delà de la guérison du corps, une nouvelle manière de parler du salut.

Mots-clés : santé, maladie, guérison, salut, culpabilité, Évangile de Luc, quête de sens, réconciliation, salutogénèse.

Introduction

Santé et salut ont la même étymologie latine, *salus*. Ces deux termes recouvrent-ils pour autant la même chose ? Dans ce diptyque, que faire de la maladie et de la guérison ? La question du salut a-t-elle encore une pertinence au XXI^e siècle ? L'analyse de la guérison des dix lépreux dans l'Évangile de Luc tentera d'apporter quelques éléments de réponse. Avant de considérer ce récit de plus près, il est toutefois nécessaire de présenter très succinctement la manière dont la compréhension de la maladie et du lien entre santé et salut a évolué au fil du temps, puis la toile de fond du récit lucanien. En conclusion, j'esquisserai ce que de telles réflexions peuvent apporter dans une perspective salutogénique.

1 Au fil du temps

Dès l'Antiquité, deux visions de la maladie co-existent : soit le malade est responsable de sa maladie par non-respect de règles d'hygiène et/ou violation d'un tabou, soit il est victime d'un hasard malheureux (Prieto, 2015, p. 13)¹. Jusqu'au XVIII^e siècle, la médecine reste néanmoins largement influencée par une forme de manichéisme : santé et maladie se disputeraient l'Homme, comme le Bien et le Mal, le monde (Theophanidis, 2014)². La confusion entre santé et salut marque ainsi les esprits, avec pour corollaire une vision de la maladie et du handicap en tant que punition divine, en raison du « péché originel ». L'humain malade éprouve alors un sentiment de culpabilité, que vient renforcer le regard d'autrui, voire d'injustice ou même d'absurde.

Avec l'avènement de la médecine techno-scientifique et « l'ère de l'ego », le souci du bien-être et de la santé – du corps comme du psychisme – à conserver voire (re)trouver à tout prix paraît remplacer celui du salut, et par là même évacuer la problématique de la faute. Combien de fois n'entendons-nous pas pourtant ces mots dans la bouche de malades : « Qu'ai-je fait pour que "cela" m'arrive à moi ? », « Pourquoi cela m'arrive-t-il alors que j'ai mené une vie saine » ou « que j'ai toujours agi honnêtement ? ». Le sentiment de culpabilité, d'injustice voire d'absurde n'a nullement disparu, ni chez la personne atteinte d'un mal, ni chez ceux et celles qui prennent soin d'elle, et la quête subsiste d'un sens qui libère de l'insoluble « pourquoi ? ». N'avons-nous en fait pas tous besoin d'être réconciliés avec notre propre finitude et guéris... du non-sens ? Comme le souligne très pertinemment Laurent Lemoine (2011, p. 10) :

« [L]e concept de guérison se situe à l'interconnexion, à mi-chemin en quelque sorte, de ou entre le concept de santé et le concept de salut. La santé porte une valence profane, qu'elle soit santé du corps (ici, l'organique, l'anatomique) ou de l'esprit (ici, le mental ou le psychique). La guérison porte en elle-même l'idée d'une recherche de sens un peu comme l'Évangile [...]. »

2 Toile de fond

Le rédacteur de l'Évangile de Luc, que nous appellerons Luc pour simplifier, écrit très probablement durant le dernier quart du I^{er} siècle après J.-C. à l'intention d'un public plutôt cultivé, de culture greco-latine. La médecine « rationnelle » de tradition hippocratique, apparue il y a plus de quatre siècles, occupe une place reconnue. Elle cohabite cependant avec les pratiques de thaumaturges itinérants, de magiciens et d'exorcistes. Santé et maladie sont souvent vues comme « une affaire à régler entre les hommes et les dieux » (Prieto, 2015, p. 82). Luc raconte donc des miracles de guérison effectués par Jésus, voire ses disciples, dans un contexte qui porte des influences diverses, que ce soit au niveau des pratiques thérapeutiques ou de la figure du thérapeute : médecine empirique, religion d'État polythéiste, judaïsme, cultes de guérison, démonologie et magie populaire co-existent et s'imbriquent.

1. Christine Prieto cite Maurice Tubiana.

2. Philippe Theophanidis cite Georges Canguilhem.

Le monde juif, dans lequel se déroule le récit, est marqué par l'importance des notions de pureté et de purification, en rapport avec la frontière entre sacré et profane. Se joue sur ce fond la question de l'exclusion sociale lors de certaines maladies, dont la lèpre, et de la réintégration en cas de guérison. Seul le prêtre est habilité à constater la maladie comme la guérison, qui permet le retour dans la communauté après avoir pratiqué les rites de purification requis. Nous sommes là dans l'ordre du religieux, pas du médical.

Chez Luc, la notion de santé se trouve exprimée sous la forme du verbe *hugiainô*, « être en bonne santé », qui peut s'appliquer au corps ou à la disposition intérieure des personnes (Lc 5,31 ; 7,10 ; 15,27). A chaque fois, il s'agit d'une situation où il est question de tiers. Plutôt qu'à la santé en tant qu'état, Luc me semble s'intéresser à la guérison du corps, voire de troubles psychiques, comme dynamique d'un possible changement en profondeur de tout l'être, dans le cadre d'une relation directe de personne à personne.

Luc met dès lors l'accent sur des miracles de guérison, qui ne débouchent toutefois pas systématiquement sur la constatation de l'irruption du salut comme corollaire. Christine Prieto (2015, p. 586) résume en ces termes la complexité de la thématique :

« Luc propose [...] des récits variés qui n'exposent pas qu'un seul modèle de salut. Ce salut se concrétise dans des guérisons de l'âme, qui sont tout aussi diverses que le sont les pathologies du corps.

Le salut s'exprime aussi dans une mise en route à la suite de Jésus, et là encore, Luc l'articule parfois avec des éléments médicaux. »

Santé et salut ne sont pas simplement dans une relation d'équivalence. De même, comme le thématise l'Évangile de Jean à la fin du I^{er} s. apr. J.-C., maladie ou handicap doivent être distincts de l'idée de faute. Aux disciples qui lui demandent qui, de l'aveugle de naissance ou de ses parents, a péché pour que cet homme soit atteint dans sa vue, Jésus rétorque : « Ni lui ni ses parents » (Jn 9, 1-3)!

3 Texte biblique

3.1 Luc 17,11-19

« ¹¹ Or, comme Jésus faisait route vers Jérusalem, il passa à travers la Samarie et la Galilée. ¹²A son entrée dans un village, dix lépreux vinrent à sa rencontre. Ils s'arrêtèrent à distance ¹³et élevèrent la voix pour lui dire : "Jésus, maître, aie pitié de nous." ¹⁴Les voyant, Jésus leur dit : "Allez vous montrer aux prêtres." Or, pendant qu'ils y allaient, ils furent purifiés. ¹⁵L'un d'entre eux, voyant qu'il était guéri, revint en rendant gloire à Dieu à pleine voix. ¹⁶Il se jeta le visage contre terre aux pieds de Jésus en lui rendant grâce ; or c'était un Samaritain. ¹⁷Alors Jésus dit : "Est-ce que tous les dix n'ont pas été purifiés ? Et les neuf autres, où sont-ils ? ¹⁸Il ne s'est trouvé parmi eux personne pour revenir rendre gloire à Dieu : il n'y a que cet étranger !" ¹⁹Et il lui dit : "Relève-toi, va. Ta foi t'a sauvé." » ³

3. La TOB (2010 ; 11^e édition) citée par *Focant et Marguerat (2012)*.

3.2 Analyse : changer de posture

Le récit frappe d'emblée par son côté charnel et sa dynamique, qui se déploie entre distance et proximité. Il est en effet question de cheminement, de contrées traversées, d'éloignement entre Jésus et les dix lépreux, qui ne peuvent approcher à cause de leur statut de parias, mais compensent cet écart spatial en élevant la voix. Quant au lépreux guéri qui revient en arrière, il comble la distance antérieure en se jetant aux pieds de Jésus. Or, le fossé qui séparait les deux hommes dès le début, sans que cela soit mentionné, était d'autant plus grand que, religieusement et socialement parlant, ils appartiennent à des communautés qui s'opposent de longue date : l'un est Juif, l'autre Samaritain. Et comme pour souligner encore cette situation, Luc met dans la bouche de Jésus le qualificatif *allogenês* (v. 18) — qui apparaît seulement ici dans tout le Nouveau Testament et signifie « d'une autre race » — pour désigner celui qui fait demi-tour. Ce jeu de mise en évidence des clivages pour les dépasser a toute son importance — j'y reviendrai.

Relevons un deuxième élément : l'ambiguïté de l'injonction donnée par Jésus aux dix lépreux. Compte tenu des prescriptions religieuses de l'époque (Lévitique 13 et 14), si ces dix hommes sont présentés comme lépreux, c'est qu'ils ont été déclarés tels par un prêtre. Retourner vers celui-ci n'a dès lors de sens que s'il s'agit de faire constater une guérison, ce qui n'est pas le cas au moment où les dix se mettent en route. Quelque chose « cloche », qui attire l'attention : pourquoi obéir à un ordre à première vue insensé ? Ces malades doivent avoir une confiance totale en la puissance thérapeutique de celui dont ils ont imploré la pitié (Prieto, 2015, p. 509). Cette confiance de départ, non verbalisée comme telle, va changer de « coloration » chez celui dont nous découvrons qu'il est Samaritain : explicitement qualifiée de « foi » par Jésus, elle atteste de la modification du regard que cet homme porte sur sa guérison. Sa *metanoia* ou conversion — un retournement intérieur que met en scène le fait de revenir sur ses pas⁴ — marque non seulement une prise de distance par rapport aux normes socio-religieuses, mais encore une nouvelle compréhension d'une possible action de la Transcendance, ici Dieu, dans son existence : alors qu'il est doublement impur (non juif et non « officiellement » déclaré guéri), cet homme cherche une proximité physique avec celui qu'il considère désormais comme porteur de la puissance divine opérante. Débordant de reconnaissance⁵, ce Samaritain honni par les Juifs, aurait-il passé d'une attitude légaliste à une dynamique de libération ? C'est un « autre possible » qui s'ouvre à lui.

Troisième point à souligner : Luc joue avec les termes associés à la santé retrouvée, comme le met en évidence Christine Prieto (2015, p. 510). Les dix lépreux sont en effet

4. Noter que « pécher » dans le Nouveau Testament s'exprime avec le verbe *hamartanô*, dont le premier sens est « manquer le but ; se tromper de chemin ». Dans l'Ancien Testament, l'appel à la « conversion », c'est-à-dire à un changement d'attitude de vie, passe par l'utilisation du verbe *shuv*, qui veut dire « retourner, revenir ». Quant au « pardon des péchés », le verbe grec traduit par « pardonner » est celui-là même dont le sens de base est « laisser aller ». Le champ sémantique du péché et du pardon ne se construit donc pas avant tout sur l'idée de fautes à « payer », mais bien davantage sur celle d'un dénouement, d'une libération (du corps et de l'esprit) qui permet le retour (sur soi) pour un nouveau départ vers ce qui constitue la finalité même de mon existence, ma vocation profonde en humanité.

5. Dans le double sens de gratitude et de capacité à reconnaître en Jésus non simplement un puissant thérapeute semblable à d'autres mais bien celui par qui Dieu — la Transcendance telle que cet homme l'envisage — se manifeste aux humains et agit dans l'histoire tant individuelle que collective.

qualifiés de « purifiés » (v. 14 et 17), conformément à la terminologie religieuse. Celui qui revient en arrière se voit lui-même comme « guéri » (v. 15⁶), un verbe propre au monde médical, donc à un autre registre. Et cette guérison, vécue dans le registre médical en dehors du cadre religieux normatif, Jésus la relit à son tour sur le mode de la foi et du salut, ce qui pourrait être, en termes d'aujourd'hui, le registre existentiel et spirituel : « Ta foi t'a sauvé » (v. 19). Le malade a fait confiance, et cette ouverture a rendu possible chez lui l'accueil d'un don allant au-delà de toutes ses espérances : cette « foi » qui, à travers une rencontre, transforme l'entier de la personne en lui conférant une liberté par rapport aux enfermements, qu'ils soient physiques, sociaux, religieux ou moraux.

Le rédacteur lucanien passe ainsi du religieux au médical pour revenir au premier avant de basculer dans le registre spirituel et existentiel comme s'il s'évertuait à « brouiller les repères ». Dans l'autre récit de guérison d'un lépreux (Lc 5,12-14), il présentait du reste une succession différente des événements et ne débouchait pas sur l'évocation du salut. La guérison du corps n'apparaît ainsi que comme un signe du salut parmi d'autres et Luc invite à sortir d'une vision binaire de la santé et de la maladie comme à renoncer à une forme de pensée magique dans laquelle guérison et salut seraient identiques. De façon plus générale, André Gounelle (s.d.) souligne du reste dans la conclusion de son cours qu'il est « *important de prendre acte de la pluralité des expériences de la détresse et, par conséquent, des compréhensions du salut. N'essayons pas trop vite de les ramener à l'unité* ».

Le salut relève d'un autre ordre : il implique le dépassement des clivages quels qu'ils soient, le renouvellement libérateur du regard porté sur soi-même, autrui et le monde et, ultimement, l'abolition de tout ce qui divise. C'est un changement de « posture »⁷, que Luc met en récit, un changement qui touche la personne dans son entier. Au niveau individuel, le salut peut être vu comme « *don [...] d'une possibilité de passer par un changement, nécessaire pour repartir d'un autre pied dans sa propre trajectoire de vie.* » (Gisel, 2017, p. 48). En revanche, comme le pointe Paul Tillich (1991, p. 305) :

« Aucune guérison [...] ne peut libérer l'individu de la nécessité de mourir. Aussi la question de la guérison avec celle du salut dépasse le problème de la guérison de l'individu pour rejoindre le problème de la guérison au sein de l'histoire et au-delà de l'histoire [...]. Seule la guérison universelle est la guérison totale : le salut, au-delà des ambiguïtés et des réalisations partielles. »

4 Et maintenant ?

Le récit lucanien met en scène la complexité du rapport entre santé et salut à travers dix guérisons miraculeuses du corps qui ne débouchent apparemment pas sur le même résultat aux plans existentiel et spirituel : pour un seul malade, la guérison est non seulement retour à la santé physique, mais encore entrée dans une dynamique de « retournement ». La guérison n'apparaît pas comme récompense pour bonnes œuvres

6. Le texte grec, selon les mss, hésite toutefois entre *katharizō* (purifier) et *iaomai* (guérir quelqu'un ; être guéri).

7. Merci au Professeur Olivier Bauer de m'avoir suggéré cette expression en définissant la spiritualité de la personne comme « posture face à son corps et son esprit ».

ou zèle religieux, le salut non plus, et le lien entre maladie et faute est dès lors rompu. En outre, celui-là même qui permet la guérison d'autrui, en l'occurrence Jésus, semble lui aussi amené à changer de regard lors de cette rencontre : l'étranger par excellence, ce Samaritain « d'une autre race », est le seul en effet chez qui il découvre « une foi qui sauve ». Au lecteur, à la lectrice du récit d'interroger à son tour ses présupposés lors de toute relation thérapeutique ou d'accompagnement.

La longue histoire de la manière dont santé, salut, maladie et faute ont été perçus au fil du temps en Occident a marqué nos représentations, voire nos attitudes. Quelle que soit notre place dans le système de santé, il est nécessaire d'en prendre conscience si nous voulons déconstruire un imaginaire parfois étouffant, empreint du sentiment de culpabilité, de peur de la punition, voire du néant et de l'absurde. Si la question du salut a certes changé de nom, elle n'a certainement pas été évacuée : le désir subsiste de réconciliation là où il y a rupture — avec autrui, dans nos vies, en nous-mêmes — de sens dans notre histoire personnelle, d'allègement par rapport aux contraintes intériorisées. Le besoin, comme l'attente de guérison, va souvent bien au-delà de la santé du corps seulement. Et le cercle vicieux du sentiment de culpabilité ou d'injustice, que le « pourquoi moi ? » de tant de malades laisse transparaître, peut être brisé.

Les textes bibliques, parce qu'ils travaillent justement ces questions dans des formes littéraires et des récits divers, offrent un outil précieux pour, ensemble, mettre des mots sur nos représentations, nos peurs et nos attentes implicites, voire aborder la réalité de la finitude et de la vulnérabilité humaines, et en discuter. C'est une manière de découvrir, pour les déconstruire, des schémas mortifères, puis de (re)construire des ressources symboliques, même lorsque nous sommes impuissants à guérir — au sens transitif et intransitif.

L'approche salutogénique pourrait largement bénéficier d'un tel effort de clarification quant à la manière d'envisager santé, maladie et guérison chez les un.e.s et les autres. Pour cheminer ensemble dans une confiance salutaire (!) et une meilleure compréhension mutuelle, une prise de conscience des enjeux et des modèles de pensée sous-jacents est en effet indispensable.

Bibliographie

Focant, Camille ; Marguerat, Daniel, *Le Nouveau Testament commenté*, Bayard/Labor et Fides, Montreux/Genève, 2012.

Gisel, Pierre ; Bolli-Voélin, Michèle, *L'humain entre résistance et dépassement : entretiens sur le christianisme et le religieux en société contemporaine*, Editions Ouverture, Le Mont-sur-Lausanne, 2017.

Gounelle, André (s.d.), *Vocabulaire théologique*, « Le salut » : <http://andregounelle.fr/vocabulaire-theologique/index> (consulté le 31/05/2017).

Lemoine, Laurent (2011), « La guérison entre salut et santé : la nouvelle donne de l'Église et du monde », *Revue d'éthique et de théologie morale*, vol. 2, No. 264, p. 98-107. doi : 10.3917/retm.264.0098

Malherbe de, Brice (dir.), *Guérir. Santé, éthique et foi*, Collège des Bernardins, Ed. Parole et Silence, 2019.

Prieto, Christine, *Jésus thérapeute : quels rapports entre ses miracles et la médecine antique ?*, Labor et Fides, Genève, 2015.

Theophanidis Philippe , Aphelis (2014), « “La santé remplace le salut” in the Work of Michel Foucault » : <https://aphelis.net/sante-salut-michel-foucault/> (consulté le 03/10/2019).

Tillich, Paul, *Théologie systématique IV : la vie et l'esprit*, Labor et Fides, Genève, 1991.

Comment la spiritualité peut émerger lors d'entretiens psychothérapeutiques

La construction de l'espace thérapeutique comme enjeu

Yves Dénéreaz

Théologien, psychologue, spécialiste en psychothérapie FSP et intervenant à La Cascade

Résumé : L'article montre l'importance du cadre dans l'accompagnement spirituel et thérapeutique. A partir d'une vignette clinique d'entretien de famille, l'article montre comment le travail sur le cadre de la demande peut permettre à la famille de partager ses points de vue et d'évoluer. Les entretiens autour des différences de vécu spirituel (narration, métaphores, rituels, pratiques) au sein de la famille favorisent une meilleure différenciation des membres de la famille et une évolution globale.

Mots-clés : spiritualité, cadre, thérapie de famille, métaphore, narration, différenciation.

Remarque liminaire

L'auteur est actif dans un espace d'écoute et d'accompagnement thérapeutique (La Cascade à Renens). Il s'agit d'un lieu mixte, à la fois inscrit dans une structure d'Église (Service communautaire de solidarité) et relié à une association autonome qui bénéficie d'une liberté thérapeutique et organisationnelle importante.

Ce cadre mixte permet d'aborder librement les questions spirituelles, mais il implique également une clarification des attentes des participants et un cadre déontologique très clair (absence de prosélytisme, liberté et respect de la démarche de la personne, etc.).

1 Quelle place pour la spiritualité dans un espace thérapeutique ?

Griffith et Griffith (2003) distinguent l'approche du thérapeute de celle du pasteur ou du clerc. Les thérapeutes abordent des problèmes humains et relationnels au cours desquels la spiritualité de la personne peut apparaître comme un enjeu. Ils ne prennent pas en charge des problématiques de type "crises spirituelles" qu'ils adressent le cas échéant à un religieux.

Théoriquement cette dichotomie peut sembler simple à appliquer. Cependant, il est selon nous illusoire de vouloir séparer entièrement ces deux aspects. Nous militons au contraire pour laisser de l'espace à un flou assumé qui permette une certaine créativité thérapeutique.

Personne ne peut se prévaloir d'une position de pure neutralité. C'est à l'écoute de ses propres résonances (Elkaïm, 2010) que l'on est en mesure de donner de la place au vécu de l'autre.

Une telle attitude implique non seulement un point de vue thérapeutique, mais également un type de théologie et de compréhension de ce qu'est une pratique spirituelle « saine ».

2 Aspects théologiques pour une pratique alliant spiritualité et psychothérapie

Dans une perspective moderne et dans la société multiculturelle actuelle, il est évident que les contenus culturels sont variés, s'enrichissent et se colorent mutuellement.

La spiritualité est d'abord un langage métaphorique. Il s'agit de métaphores véhiculées par les traditions religieuses et spirituelles. Elles sont donc chargées de contenus culturels. L'individu s'approprie ces divers contenus selon sa propre personnalité, son vécu et son accès aux divers contenus culturels.

Dans une perspective constructiviste post-moderne, il s'agit en effet de comprendre la personne dans un processus qui advient. La *liberté* de penser sa spiritualité est donc inhérente à toute démarche spirituelle. La personne a *en elle* des ressources qu'il s'agit d'aller questionner, retrouver, développer. Cette démarche de liberté s'inscrit donc précisément dans la démarche chrétienne et ne s'y oppose pas. Dans le texte de l'Evangile de Jean « la vérité vous rendra libres » (Jn 8,32), il ne s'agit pas d'une vérité dogmatique extérieure à soi-même, mais d'une vérité sur sa propre personne. Vérité à construire dans le dialogue thérapeutique, dialogue pratiqué justement par Jésus-thérapeute (Prieto, 2015).

3 L'exemple de la thérapie familiale

Thérèse appelle à La Cascade pour « une question liée à la relation parents-enfants » et pour des difficultés à poser un cadre identique entre elle et son mari, Marc. Elle s'inquiète du temps passé devant les écrans, elle évoque également des conflits.

Elle précise qu'elle a une vision de la vie qui ne correspond pas à ce qu'ils vivent actuellement. C'est en opposition avec sa conception spirituelle de la vie comme famille chrétienne. La famille est très engagée dans la foi protestante de type évangélique.

Je les invite à venir en famille.

Lors d'un entretien de famille, chacun vient avec des représentations diverses et des demandes mélangeant des aspects éducatifs, spirituels et relationnels. La mère aura peut-être fait le premier pas, puis demandé au père et au jeune ado de venir également.

Le premier point discuté concerne donc la demande : pourquoi la famille a-t-elle choisi de venir ici plutôt qu'ailleurs ? qui l'a décidé, suggéré, qu'en pense chacun dans la famille ? comment en ont-ils parlé entre eux ? qui d'autre est au courant ? etc.

Pourquoi cette famille cherche-t-elle à trouver un appui dans un espace qui associe psychothérapie et accompagnement spirituel ? De ce questionnement va naître les conversations autour de la spiritualité de chacun. Nous suivons en cela l'approche de Tilmans-Ostyn (1999).

Ces questions de cadre vont permettre d'élaborer, dans un second temps, des problématiques plus relationnelles : Quelle distinction les membres de la famille sont-ils capables de poser en termes de spiritualité individuelle, de vécu familial ? Où en sont-ils du processus de différenciation (Bowen, 2013) ? De quelle manière chacun peut-il exprimer son propre vécu en intégrant la « tradition familiale » et son mythe (Neuburger, 1995), tout en permettant à chacun de trouver son identité et sa propre spiritualité, voire le cas échéant d'oser se distancer du modèle familial. Au-delà de la spiritualité, c'est bien le développement psycho-social global qui est en jeu.

Le questionnement lié à la demande permet de mettre en lumière les différences de vécu autour de la spiritualité, tout en permettant une « circulation de la parole » entre les personnes de la famille. C'est un premier effet thérapeutique, probablement le plus important d'ailleurs. Chacun peut ainsi aborder la spiritualité à sa manière.

4 Les outils cliniques d'une approche psycho-spirituelle

La spiritualité peut s'exprimer par des croyances et des pratiques diverses (prières, lectures, rencontres, narrations, métaphores, célébrations et rituels). Le travail thérapeutique consiste souvent en des *conversations* qui permettent à la personne de reconnaître les richesses de sa spiritualité.

Par exemple, la manière dont Thérèse raconte son histoire de famille dans une perspective croyante est une forme *narrative* d'expression de la spiritualité. Ici, c'est la narration de l'histoire qui sous-tend la spiritualité. L'évolution naturelle de la famille (cycle de vie), les événements, les ruptures inévitables ou les crises peuvent remettre en question cette spiritualité. Ce sera donc au travers de conversations thérapeutiques autour de la narration, que de nouvelles perspectives spirituelles pourront émerger. On peut dans ce cadre utiliser l'outil thérapeutique du *Jeu de l'oie systémique* (Caillé et Rey, 2004). Celui-ci permet de raconter le passé pour y mettre un sens nouveau et se projeter dans le futur. Le jeu utilise des métaphores (le pont, le labyrinthe, le puits, etc.) pour évoquer le sens des événements de vie.

Mais pour d'autres, comme pour Marc ci-dessus, le mode d'accès à la spiritualité est un peu différent. Marc est sensible plutôt à des voix intérieures, des intuitions. La spiritualité est fortement reliée à un vécu expérientiel. Ce qui le met en difficulté, pour lui, c'est la dichotomie entre ce vécu et les évolutions familiales.

On le voit chacun vit sa spiritualité en lien avec ses spécificités personnelles, son histoire de vie et sa personnalité.

Il s'agira donc de voir comment ce vécu est « utile » aujourd'hui, de quelle manière il permet à la personne de trouver un nouveau sens, un bien être, une liberté intérieure, en lien avec des relations familiales en évolution, voire menacées.

L'approche par métaphores est particulièrement utile dans cette démarche, car la métaphore permet des conversations thérapeutiques qui « jouent » entre la parole et le vécu. La Présence spirituelle ou divine sera par exemple comparée à « une source » ou « un vent rafraîchissant ». La métaphore fait le pont entre un vécu sensible, émotionnel et la réalité ultime. Elle utilise le « comme » : il n'y a pas identité immédiate entre l'image et la réalité sous-jacente. C'est cette distance qui permet l'élaboration et la mise en pensée qui est spécifiquement thérapeutique.

5 Conclusion

Le cadre de toute intervention psychothérapeutique est déterminant pour permettre ou non l'émergence d'un espace de construction réellement thérapeutique et soignant. Celui-ci doit aider l'individu à se penser en liberté face à son histoire de vie, et à intégrer et différencier ses différentes ressources ou limitations.

L'exemple de la spiritualité partagée en famille est significatif. Il montre ce qui se joue dans le processus d'individuation d'une personne qui doit intégrer, se positionner, rejeter ou relire son vécu en relation avec ses partenaires de vie. La métaphore est l'outil principal qui permet d'évoquer la spiritualité en respectant une distance qui permet l'élaboration de la pensée.

Un espace ouvert, clair et sécurisant est nécessaire pour permettre ce cheminement et laisser émerger le meilleur de l'expérience humaine et spirituelle.

Bibliographie

Bowen, Murray (1993), «A propos de la différenciation du soi à l'intérieur de sa propre famille», *Thérapie familiale*, Vol. 11, No. 2, p. 99-148.

Caillé ; Philippe ; Rey, Yvette, *Les objets flottants : méthodes d'entretiens systémiques*, Fabert, Paris, 2004.

Elkaïm, Mony (2010), «À propos du concept de résonances», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, Vol. 45, No. 2, p. 171-172.

Griffith, James L. ; Griffith, Melissa Elliott, *Encountering the sacred in psychotherapy : how to talk with people about their spiritual lives*, Guilford Press, New York, 2003.

Neuburger, Robert, *Le mythe familial*, ESF, Issy-les-Moulineaux, 1995.

Prieto, Christine, *Jésus thérapeute*, Labor et Fides, Genève, 2015.

Tilmans-Ostyn, Edith (1999), « La démarche vers le thérapeute : de la plainte à la demande », in Meynckens-Fourez, Muriel ; Tilmans-Ostyn, Edith (dir.), *Les Ressources de la fratrie*, Eres, Ramonville Saint-Agne, p. 71-84.

Les enjeux sociétaux et cliniques de la pensée de V. Frankl (1905-1997)

Les grandes lignes d'une clinique du sens

Georges-Elia Sarfati

Professeur des universités, Directeur de l'École française d'analyse et de thérapie existentielles
(Logothérapie www.efrate.org), Rédacteur en chef de la *Revue francophone de victimologie*
(www.thyma.fr), Chargé d'enseignement en Analyse existentielle et logothérapie à la Faculté de médecine
de Paris (Sorbonne-Paris-V)

À la mémoire de Leo Abrami

Résumé : Cette contribution constitue une présentation synthétique des principales notions de l'analyse existentielle et de la logothérapie. Au-delà de son aspect proprement didactique, elle indique les enjeux liés à une extension de la pensée de Viktor Frankl, en regard des exigences d'une clinique du sens généralisée. Le caractère transversal de la problématique du sens, inhérente à l'ensemble des domaines de pratiques, appelle une conceptualisation qui dépasse par principe le seul domaine médico-thérapeutique, dans la mesure où l'idée de sens est ici indissociable de la question des valeurs. Cette perspective concerne aussi bien la formation des logothérapeutes que les différents usages sociétaux de la logothérapie.

Mots-clés : analyse existentielle, logothérapie, clinique du sens généralisée, ontologie dimensionnelle, philosophie de l'existence, lien social

1 Introduction

1.1 Remarques liminaires

C'est au début de l'année 2014, au cours du semestre d'hiver, que nous avons mis en circulation l'expression de « clinique du sens », en ouvrant dans le 11^e arrondissement de Paris un cabinet de consultation en analyse existentielle et logothérapie (AEL) — précisément dénommée : « Clinique du sens », quelques semaines après les attentats djihadistes perpétrés au Bataclan. Depuis lors, l'expression a fait florès, et les praticiens formés à l'Efrate se sont constitués en réseau thérapeutique dans diffé-

rents endroits de la capitale, mais aussi dans d'autres régions du pays. Ce qui était un lieu d'accueil s'est peu à peu mué en une manière différente d'écouter et de traiter la souffrance. Or, jamais comme à notre époque, depuis moins d'une décennie, la vie éditoriale n'avait à ce point été occupée, presque saturée, par un flot grandissant de textes qui traitent du sens de la vie. C'est assurément un signe des temps.

1.2 Les deux versants de la pensée de Viktor Frankl

Depuis que la pensée de Frankl a été introduite en France, il est devenu d'usage d'employer le terme de « logothérapie » pour désigner le référentiel thérapeutique dont il est l'inventeur. À la vérité, l'idée de *thérapie centrée sur le sens* se définit en regard de deux versants conceptuels qui représentent un *continuum* : l'*Existenzanalyse* et la logothérapie. L'analyse existentielle constitue le fondement philosophique de la logothérapie, qui en constitue le versant thérapeutique. L'analyse existentielle comporte une anthropologie, une philosophie de l'existence (et de la condition humaine), une psychopathologie, ainsi qu'une méthode thérapeutique consistant principalement en l'usage du dialogue socratique. La logothérapie définit les formes d'application des principes de l'analyse existentielle, tout en intégrant aux perspectives de sa pratique diversifiée un certain nombre de méthodes spécifiques et non spécifiques.

2 L'anthropologie

2.1 La conception de l'être humain en AEL

En matière d'anthropologie, Frankl défend une « ontologie dimensionnelle »¹. Cette conception de l'être humain marque une rupture avec la conception psychosomatique, puisqu'elle soutient que l'être humain se distingue par la *noésis*². Autrement dit, le sujet s'affirme simultanément sur deux dimensions : la dimension psychophysique (axe horizontal) et la dimension noétique (axe vertical). Observons que cette « image de l'homme » constitue une critique radicale du dualisme corps/âme, matière/esprit. Entre les deux plans, il y a une différence de régime : *la dimension psychosomatique obéit au principe d'homéostasie* (restauration de l'équilibre), *tandis que la dimension noétique est le théâtre d'une tension permanente* (la quête de sens). Cette distinction met au travail une série de partages :

2.1.1 La distinction déterminisme/détermination

L'axe du *psychosoma* est celui des déterminismes (biologiques, psychiques, mais aussi culturels et linguistiques, historiques, idéologiques, etc.), tandis que l'axe noétique est celui de l'élévation au-dessus de ces mêmes déterminismes, la possibilité de s'en émanciper partiellement. Ce point fonde la critique du pan-déterminisme, qui est au principe de la possibilité de la modification d'attitude dans le processus thérapeutique. L'histoire de l'AEL se confond avec une critique au long cours des différentes formes

1. Conception explicitement reprise par Viktor Frankl à Max Scheler : *Situation de l'homme dans le monde* (1928).

2. Ce terme, qui désigne la pensée ou l'esprit, est forgé à partir du grec *nous vs noos*, selon les transcriptions.

du pan-déterminisme, défini par Frankl comme la source de tout réductionnisme, et surtout comme le « nihilisme de notre époque »³.

2.1.2 La distinction individu/personne

Sur l'axe psychosomatique, le sujet n'est qu'un individu, produit d'une histoire, tandis que sur l'axe noétique, il est une personne, capable de recul par rapport à cette histoire : le sujet déterminé, voire surdéterminé, est en même temps capable de s'autodéterminer.

2.1.3 La distinction vie/existence

Sur l'axe psychosomatique, l'être humain est d'abord tributaire de sa complexion biologique, tandis qu'il s'affirme pleinement comme existant à partir du moment où il s'implique dans un projet. Ces partages définissent en outre une loi constante de la vie mentale qui consiste en ce que Frankl appelle « l'antagonisme noético-psychique ». Cela veut dire que l'état de bonne santé se traduit toujours par le primat de la *noésis* — qui est appel constant au dépassement — sur les exigences du *psychosoma*. Cet antagonisme radical met aux prises les deux termes d'une dialectique proprement humaine : l'ordre des besoins et l'exigence du Désir. *In fine*, l'axe horizontal est celui de *l'immanence*, tandis que l'axe vertical de la *noésis* est celui de la *transcendance*. Par rapport à la psychanalyse historique, l'AEL développe une conception différente de la vie mentale : celle-ci ne se réduit pas au psychisme (marqué par le conflit des instances), puisqu'elle inclut, selon Frankl, une dimension différente : la *noésis*. Il s'agit d'une conception plus complexe — et nullement irénique — puisqu'au conflit des instances, identifié par Freud, s'ajoute l'opposition, voire le conflit, de la *noésis* et du psychisme.

2.2 La dimension noétique

À la suite de Scheler, Frankl définit la dimension noétique comme « la dimension spécifiquement humaine ». Que peut-on en déduire ?

- *Spécifiquement humaine*, la *noésis* se distingue radicalement du psychisme — strate de complexion que l'humanité a en commun avec une grande partie du monde animal⁴. Le psychisme est le siège de l'intelligence pratique, qui nous relie au monde. Les animaux s'adaptent à leur *milieu*, l'humanité évolue dans un *environnement*, qu'elle transforme en permanence. La *noésis* est l'aptitude à inventer des valeurs (techniques et morales).
- *La noésis se caractérise par l'aptitude à la double transcendance*, puisque tout être humain est capable d'auto-distanciation — relativement à lui-même, relativement aussi à la situation dans laquelle il se trouve —, mais également d'auto-dépassement. C'est par cette double transcendance que l'être humain invente sa vie, qu'il existe.
- *La noésis n'est pas un « objet »*, ce n'est pas une donnée tangible, dont l'étude relève des sciences de la nature (Frankl, 2009). Elle se comprend et s'atteste par

3. Lequel se formule le plus souvent par l'expression : « l'être humain n'est rien que... » (la somme de ses déterminismes, etc.). C'est le pan-déterminisme qui a conduit aux totalitarismes selon Frankl.

4. Frankl soutient que le refus d'assumer sa dimension noétique ravale le sujet au plan « subhumain ».

ses effets. C'est la raison pour laquelle la recherche empirique, en ce domaine, consiste le plus souvent en « échelles de mesure » des manifestations de cette dimension⁵. Selon Frankl, la *noésis* est « l'organe de la conscience morale », le lieu d'appréhension intuitive du sens et des valeurs.

- *La noésis échappe par principe à la contingence*, comme aux atteintes de la contingence. Contrairement au *psychosoma*, elle n'est pas susceptible de souffrir, ni de tomber malade. Ce principe fortement affirmé par Frankl définit ce qu'il appelle son « *credo* psychiatrique » (Frankl, 2017 ; 2019). Il s'agit non seulement d'un postulat de travail, mais d'une thèse forte qui structure l'ensemble du référentiel clinique et thérapeutique de l'AEL.
- *La noésis constitue le levier de toute la démarche thérapeutique*, du fait de sa complète autonomie. Certes, chez un être humain, la dimension noétique peut être scotomisée, elle peut être méconnue, ou subir un refoulement, elle peut être subvertie par un environnement sociétal et culturel, elle peut être mise en sommeil ou déniée par une éducation ou par une idéologie, mais elle ne peut jamais être détruite. C'est tout l'objet de l'AEL d'éveiller les sujets à leur dimension noétique. Il en résulte ici que l'existence est une dynamique spirituelle (notamment axiologique), une noodynamique, un mouvement constant de dépassement de soi, puisqu'*être humain, c'est toujours mettre devant soi quelque chose ou quelqu'un d'autre que soi*.

2.3 L'AEL en tant que médecine spirituelle

La prise en compte de la dimension noétique tend à faire de l'AEL une reformulation contemporaine de l'antique tradition de la philosophie comprise comme « thérapeutique de l'âme ». Cela vaut pour les deux versants de la pensée de Frankl : aussi bien de l'analyse existentielle (en tant que cadre anthropologique et philosophique) que de la logothérapie (en tant que cadre strictement clinique et thérapeutique qui se focalise sur les *usages curatifs de la noésis*). La défense de l'âme et le plaidoyer pour la recherche du « Dieu inconscient » témoignent à l'évidence d'un point indiscutable : la pensée de Frankl consiste également en une transposition dans le champ psychologique autant des exigences de l'anthropologie philosophique que de l'anthropologie biblique. La redéfinition en extension de la vie mentale (inconscient pulsionnel, augmenté d'un inconscient spirituel) soulève deux enjeux, qui ont trait à la question des frontières disciplinaires :

- *L'AEL entend « compléter la psychologie »*, ainsi que la pratique de la psychothérapie, en réhabilitant la dimension noétique, entièrement négligée par la psychiatrie classique (à l'exception de la psychiatrie morale), la psychologie clinique et la psychanalyse historique, toutes deux soupçonnées de « réductionnisme » ;
- *L'AEL ne se confond pas avec la théologie* : sur ce point précis, Frankl a constamment rappelé ce qui distingue ces deux domaines : la théologie vise le salut de l'âme, tandis que la logothérapie entend prendre soin de l'âme, selon la définition socratique de la philosophie. Autrement dit, lorsque Frankl parle de l'âme, il prolonge dans le cadre de la clinique et de la thérapie *la critique*

5. Depuis 1964, avec le *logotest* de Crumbaugh et Maholick.

phénoménologique du psychologisme, et lorsqu'il introduit l'anthropologie biblique, il généralise l'horizon biblique en accentuant le procès de *sécularisation des sciences de l'esprit*⁶.

2.4 La condition humaine

Frankl parle de sa philosophie comme d'un « optimisme tragique ». Le problème de l'existence se pose en ces termes : à l'encontre de l'idée commune, ce n'est pas l'être humain qui questionne la vie, mais la vie qui lui lance des défis auxquels il est mis en demeure de répondre. *C'est par ce retournement que la vie devient existence*. Le vocable « existence » est construit à partir de deux termes latins : l'adverbe *ex*, qui signifie « en dehors de », et le verbe *existere*, qui désigne le fait de demeurer quelque part. *Ex-ister*, c'est proprement être en dehors de toute « demeure », en dehors de sa propre demeure (« hors de soi »). La question clinique et thérapeutique de la souffrance existentielle s'apprécie donc à l'aune de cette notion, puisque dans l'optique de l'AEL, l'état pathologique se conçoit en regard d'une noodynamique grippée, affaiblie ou interrompue. La condition humaine se laisse encore appréhender à partir de plusieurs caractéristiques intrinsèques :

- *La triade tragique* : elle s'organise à partir de trois données fondamentales : la finitude, la culpabilité, la souffrance. Ces termes ont une signification spécifique dans le cadre de l'AEL. La finitude n'est pas la mort, mais la conscience de la mortalité, ce qui est tout autre chose. Quant à la culpabilité, il s'agit ici de la culpabilité existentielle, et non de la culpabilité morale, consécutive au sentiment de la transgression d'un interdit. La culpabilité est encore comprise comme frustration existentielle, c'est-à-dire comme sentiment tragique d'un *hiatus* entre l'être et le devoir être. À ce titre, la culpabilité existentielle questionne l'éthique personnelle. Enfin, la souffrance quelle qu'elle soit — proprement existentielle, ou associée à une pathologie — est une possibilité, et même une probabilité à laquelle tout existant est exposé tout au long de sa vie.
- *La triade anthropologique* : elle consiste dans le rapport actif qu'entretiennent les trois aptitudes supérieures de l'être humain que sont, dans l'ordre, la conscience, la liberté, la responsabilité. C'est en effet en respectant cette consécution que le processus thérapeutique évolue : il s'agit de provoquer chez le patient une prise de conscience, au premier chef celle qui le sensibilise à son libre arbitre, en éveillant son sens de la responsabilité.
- *La triade existentielle* : elle consiste là dans trois dispositions proprement humaines : la liberté de la volonté, la volonté de sens, et le sens de la vie. L'idée de liberté de la volonté consiste à insister sur le caractère inconditionné de la volonté, laquelle peut s'exercer en toutes circonstances et en tout contexte⁷. L'idée de volonté de sens consiste à souligner le fait que la volonté humaine est d'emblée orientée vers la recherche d'un devenir sensé, recherche qui s'épanouit dans le troisième terme, le sens de la vie. À quoi l'être humain cherche-t-il à

6. Dans la droite ligne de l'herméneutique de Schleiermacher et de l'herméneutique générale de Dilthey.

7. Frankl en a apporté la démonstration personnelle par la manière dont il a traversé l'épreuve concentrationnaire (Frankl, 2013).

donner prioritairement un sens ? Au premier chef à sa propre vie. C'est à cette seule condition que sa vie reçoit une justification et qu'elle devient une existence digne de ce nom⁸.

Ces triades définissent des universaux mais, en clinique, il convient d'être attentif au vécu singulier de chacun de leurs termes. Par exemple, le vécu de la finitude n'est pas le même d'une culture à l'autre, ni bien entendu chez les sujets de la même aire culturelle. De même, le principe selon lequel la vie possède une valeur existentielle (« le sens de la vie ») repose également sur de nombreux présupposés. Le contenu de chacun des termes de ces trois triades diffère en fonction de ses modes de sémiotisation aussi bien culturels que subjectifs. Et comme il n'y a de clinique que du singulier, c'est justement la tâche de l'AEL de personnaliser la conduite de dialogue socratique. À bien considérer les choses, ces triades n'ont pas le même statut : la triade tragique coïncide en tout point avec les enjeux de la dimension psychosomatique, puisque le *psychosoma* est le théâtre constant de la vulnérabilité humaine. Corrélativement, il apparaît que les triades positives (anthropologique et existentielle) correspondent avec les aptitudes de la dimension noétique. Aussi, si la triade tragique nous renseigne sur les limites du sujet (ainsi que sur la manière dont chaque sujet assume le tragique de l'existence), les triades optimistes nous informent sur les puissances du sujet. Il en résulte une perspective féconde pour penser la complexité du sujet humain. Au regard du tragique de l'existence, le sujet humain n'est en effet « pas maître dans sa propre demeure » (Freud), mais au regard de ses constituants noodynamiques (Frankl), le sujet est pleinement souverain, puisque capable, en dépit de son *assujettissement* à l'ensemble des déterminismes qui l'aliènent, de *subjectivation*. C'est là l'une des expressions les plus constantes de l'antagonisme noético-psychique. L'on conçoit ici en quoi et comment la philosophie de l'existence de Frankl se sépare radicalement de l'existentialisme de Sartre : chez ce dernier, l'existence est perçue comme une transcendance cherchant à échapper au tragique, chez Frankl la transcendance de l'existence, bien que conditionnée par le tragique, en reçoit aussi son sens⁹.

3 La question du sens en AEL

En rupture avec ses prédécesseurs immédiats, Frankl soutient contre Freud et Adler que l'être humain n'obéit ni au principe de plaisir, ni au principe de puissance, mais à ce qu'il appelle la « volonté de sens » (*Will des Sinn*). Rappelons aussi que la question philosophique du sens, mais aussi celle de la « crise du sens » sont au cœur de la phénoménologie tardive. Selon Husserl, l'humanité européenne, à force de privilégier la rationalité mathématique, issue du projet galiléen, s'est aliénée dans ses propres œuvres¹⁰. L'originalité de Frankl est d'avoir perçu l'enjeu de santé publique de cette thématique, au point d'en faire l'épicentre de l'AEL, grâce à une *conception existentielle du sens* : (a). Le fait de conférer un sens à son existence garantit à toute personne une ligne d'évolution et de développement qui l'immunise contre la crise existentielle (b). La quête du sens est indissociable du choix et de l'affirmation d'un

8. Nous avons là une thèse philosophique forte, régulièrement affirmée par la philosophie du sujet, de Descartes jusqu'à Kant et Husserl.

9. L'existence n'est pas un arrachement à la « nausée », mais une exploration noodynamique du monde.

10. Voir respectivement : *La Crise de l'humanité européenne et la philosophie*, ainsi que : *La Crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale* (1935-1936, posthume).

ensemble de valeurs, distinguées par la *noésis* personnelle, comme des conditions de la noodynamique ; (c). La corrélation entre sens et valeurs, se double d'une relation de synonymie : au point de vue d'un existant, la valeur de sa vie tient au fait que cette vie se construit à partir de valeurs dont elle constitue *pratiquement* l'incarnation.

Dans la perspective phénoménologique, le sens est « déjà-là », il constitue une donnée antérieure à l'apparition de la subjectivité. L'arrière-plan culturel de l'individu-sujet est saturé de sens, puisque la culture dans laquelle il apparaît constitue par elle-même une matrice de sens. Selon Frankl, le sens s'offre au sujet sous le rapport de trois groupes de valeurs : *les valeurs d'expérience* (amour des autres, amour de la culture, amour de la nature), *les valeurs de créativité* (responsabilité vis-à-vis d'un métier, d'une œuvre à faire, ou d'une cause à défendre), *les valeurs d'attitude* (confrontation responsable et digne avec les trois termes de la triade tragique). Pour un sujet donné, ce sont les situations existentielles dans lesquelles il se trouve qui, à partir de l'affirmation de ses choix, constituent ces trois *sources* possibles du sens en *orientations* de sens, concrètes et personnalisées. Nous avons pour notre part proposé de nuancer la distinction franklienne en faisant aussi droit à l'idée de modalités de sens : ces modalités correspondent avec la manière toujours unique et singulière dont une personne vit subjectivement une région de sens (d'*Éros*, de *Pathos*, ou d'*Ethos*). Une vie sensée n'est pas seulement une existence digne d'être vécue en vertu du fait qu'elle possède une « signification » au regard du sujet, elle est également une vie impliquée dans des projets qui valent la peine d'être entrepris et concrétisés, ce qui implique que la strate de signification se double d'une intensité sensible ; enfin, une vie sensée est également une existence que le sujet entend déployer au long cours dans le temps et l'espace. Autrement dit, la question de la quête du sens engage les trois valeurs d'emploi que suppose le vocable français : *la signification* (strate sémantique), *la sensibilité* (strate thymique) et *l'orientation* (spatio-temporelle). L'ontologie dimensionnelle subsume cette compréhension du sens.

4 L'apport de l'AEL à la psychopathologie : la notion de névrose noogène

L'idée de névrose noogène constitue la véritable innovation clinique de Frankl. Elle a pour corrélat subjectif le sentiment personnel du « vide existentiel ». C'est à Vienne, dans le contexte de la crise économique de 1929, que Frankl fut amené à faire face à l'épidémie de suicides qui s'était propagée parmi la population étudiante, frappée de désespoir à une époque qui ne lui offrait aucun débouché.

4.1 Définition

La névrose noogène n'est « pas une pathologie au sens traditionnel du terme », écrit cependant Frankl ; elle est pourtant une véritable souffrance, sans doute la souffrance humaine la plus spécifique. Son vécu coïncide avec le sentiment de l'absurdité de l'existence, et se caractérise *a minima* par une grave crise existentielle. Mais la névrose noogène n'est pas une maladie de la *noésis*¹¹, elle résulte d'un défaut d'investissement de la dimension noétique, ce qui est tout autre chose. L'angoisse existentielle, à laquelle

11. Comme nous l'avons vu, Frankl écarte cette interprétation au nom de son *credo* psychiatrique.

la névrose noogène est le plus souvent associée, a été amplement décrite par un grand nombre de philosophes (de Pascal à Sartre) ; mais Frankl — tout comme May aux États-Unis — a eu le mérite insigne d'en montrer les implications pour la clinique¹². Parler de « névrose noogène », c'est d'emblée qualifier la névrose constituée. Mais à la vérité, il convient de discriminer entre différents degrés d'atteinte noogène. Frankl en a identifié trois : la *frustration* existentielle, la *détresse* existentielle, le *vide* existentiel. En regard de cette gradation, l'AEL a été conçue comme une thérapie préventive pour les deux premières atteintes (la frustration, la détresse), et une thérapie curative en ce qui concerne le traitement du vide existentiel.

4.2 L'étiologie de la névrose noogène

Depuis sa fondation, l'AEL a identifié la névrose noogène comme une « névrose sociogène », c'est-à-dire comme une perturbation psychiatrique dont l'étiologie n'est pas d'emblée intrapsychique, mais qui est provoquée par la dysrégulation du lien social, ou par le caractère dysfonctionnel et pathogène de certains contextes. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, Frankl écrit que la névrose noogène « est la névrose collective de notre temps », à l'instar de la névrose hystérique — identifiée par Freud, à la suite de Charcot, au tournant du XIX^e siècle. Son étiologie correspond à une double causalité historique : a) la névrose noogène est consécutive à la fin des religions ainsi qu'à l'effondrement des traditions. Elle est une conséquence directe de la mise en crise puis du démantèlement des référentiels collectifs (traditions et religions), assumés pendant des siècles comme des ensembles axiologiques structurés ; b) l'essor de la névrose noogène vient encore du fait qu'en place et lieu des formes de société traditionnelles, les sociétés modernes ont promu le totalitarisme et le conformisme. Ce diagnostic est marqué par le contexte de la Guerre froide. Mais depuis la fin du communisme soviétique, il serait plus exact de dire que ce sont différentes modalités du conformisme qui dominent désormais : un conformisme de séduction (caractéristique des démocraties de marché), un conformisme de coercition (caractéristique des dictatures ou des régimes autoritaires). Ces deux expressions sociopolitiques du conformisme aboutissent aux mêmes effets : la massification et la standardisation des conduites d'un côté, et l'atomisation de la société d'autre part, en une société d'individus malgré tout obsédés par l'égalisation croissante de leurs conditions¹³. Dans une optique qui est celle de la « longue durée » historique, le diagnostic de Frankl complète sous l'angle clinique le constat du *passage* civilisationnel de la *communauté* (fondée sur les liens de solidarité traditionnels) à la *société* (fondée sur les liens contractuels), identifié par Ferdinand Tönnies à la fin du XIX^e siècle. Le conformisme comme le totalitarisme sont ennemis de la singularité personnelle, ennemis du véritable libre arbitre, puisqu'ils encouragent l'un et l'autre la convergence des sujets vers les mêmes modèles d'identification, au détriment de leur dimension noétique. En effet : nul ne peut s'accomplir lorsqu'il est enclin à imiter les autres, ou obligé de faire comme les autres. . .

12. Ainsi, pour le théologien Guardini, l'angoisse ne doit pas être systématiquement médicalisée, elle est aussi une nostalgie de l'infini (cf. La mélancolie).

13. Phénomène pressenti par Tocqueville après la Révolution française. cf. *De la démocratie en Amérique*.

4.3 L'enjeu civilisationnel de la névrose noogène

La propagation sur de vastes échelles du « vide existentiel » constitue une mutation civilisationnelle, liée à des changements irréversibles (sécularisation, mondialisation, remaniement du cadre des mentalités, redéfinition du phénomène guerre, crise planétaire de l'économie de surproduction, crises écologiques, etc.). Ce processus correspond avec ce que Jean-François Lyotard, dans son essai sur *La Condition postmoderne*, a appelé « la fin des grands récits ». Lorsque Frankl qualifie la névrose noogène de « névrose collective de notre temps », il semble aussi faire écho au diagnostic sociologique d'*anomie*, posé par Emile Durkheim dans sa thèse fondatrice sur le suicide. Ce parallèle permet d'éclairer sous un angle clinique un processus sociologique et anthropologique. En ouvrant un chantier clinique inédit, Frankl confère un nouvel éclairage à la thèse freudienne du « malaise dans la civilisation ». L'AEL imposerait à la thèse freudienne un déplacement fécond : *à la répression des pulsions, la civilisation ajouterait en outre, de manière ambivalente, la subversion de la dimension noétique de l'humanité.*

Les modifications évoquées à l'instant seraient à l'origine de la *crise de la fonction symbolique*. Sur le plan strictement clinique, celle-ci se laisse interpréter comme une crise de la subjectivité, doublée d'une crise du langage. Le substrat objectif de ces remaniements psychiques consiste en la mise en cause constante de la loi symbolique, qui est elle-même un effet de convergence, entre la destruction des généalogies et le déclin de la fonction paternelle. Frankl a été novateur, puisque son diagnostic précède celui de la psychanalyse post-freudienne (Mitscherlich, Lacan), ainsi que les analyses de l'anthropologie dogmatique (Legendre). L'AEL permet la mise en perspective clinique et thérapeutique de phénomènes sociohistoriques qui induisent un profond remaniement de l'économie psychique, dont l'aboutissement ultime consiste, avec la crise du sens, en une crise généralisée de la représentation¹⁴. Il n'est donc pas abusif de dire que la névrose noogène trouve sa traduction la plus emblématique dans ce que l'on appelle « la désymbolisation ». L'un des signes avant-coureurs de ce processus, fut la destruction des « humanités » dans les cursus académiques, au profit d'une adaptation accrue des lieux des espaces éducatifs aux réquisits de la vie économique (Nussbaum, 2011). Tout comme le métabolisme d'une personne, celui d'une société peut aussi être profondément bouleversé par l'impact de la névrose noogène. La crise de sens, le déficit de sens ou la perte de sens concerne les sujets aussi bien sur le plan individuel que sur le plan collectif. Mais la comparaison s'arrête là, puisque la quête d'un sens collectif est autrement plus complexe que la quête de sens personnel : la première suppose la définition d'un « sens commun », la seconde un travail d'élaboration et d'élucidation des plus singuliers.

4.4 La symptomatologie noogène

Il existe quatre indicateurs de la névrose noogène, qui coïncident avec autant de postures psychiques :

14. Ceci a été analysé aussi bien par Green (*La Folie privée*), Melman (*L'Homme sans gravité*), Lebrun (*La Perversion ordinaire*) et Kristéva (en particulier *Les Nouvelles Maladies de l'âme*).

- *L'attitude éphémère*, qui consiste à vivre au jour le jour, sans rien attendre ni espérer du lendemain.
- *L'attitude fataliste*, qui consiste à se refuser à élaborer des projets, comme si la fin du monde était proche¹⁵.
- *L'attitude collective*, consistant à user constamment de l'argument d'autorité fondé sur la *doxa*.
- *L'attitude fanatique*, qui se définit comme la disposition à l'intolérance vis-à-vis de ceux qui n'ont pas les mêmes idéaux que soi.

Observons que chacune de ces postures psychiques a pour corrélat un certain régime d'expression, généralement dominé par le cliché et/ou le slogan : « après moi le déluge » (attitude éphémère), « à quoi bon ? » (attitude fataliste), « on pense comme moi » (attitude collective), « la révolution ou la mort » (attitude fanatique¹⁶). L'extrême attention portée par le fondateur de l'AEL aux manières de dire est très caractéristique de sa clinique, fondée sur le dialogue socratique. Après tout, qu'est-ce que le thérapeute peut connaître de l'état d'esprit de son interlocuteur, si ce n'est par son discours ? Cette extrême attention au discours du patient, objectera-t-on, est le propre de toutes les thérapies verbales. Certes, mais il y a davantage : au regard des ancrages de la névrose noogène, il nous semble que *l'écoute logothérapeutique* est d'autant plus attentive au discours d'autrui que le discours est le principal creuset du sens, de son élaboration comme de sa mise en crise. Au regard de cette sémiologie, l'AEL nous paraît également poser les bases d'une *clinique du stéréotype*, pleine d'enseignements. Les positions psychiques identifiées par Frankl témoignent invariablement de deux tendances rémanentes : a) la prévalence d'un parler tissé de lieux communs, articulant des contre-valeurs¹⁷ ; b) l'omniprésence de la « culture du malheur », laquelle se distingue à la fois par un pessimisme foncier, et par un fatalisme à toute épreuve¹⁸. La *névrose noogène* est un autre nom de *la grave altération contemporaine de la fonction symbolique*.

4.5 Les pathologies noogènes

La persistance d'une névrose noogène peut donner lieu à des pathologies spécifiques qui s'attaquent à la dimension psychosomatique du sujet : nouvelles formes de dépression, addictions et violences. L'identification de la nature noogène de ces pathologies dépend de ce que Frankl qualifie de *diagnostic dimensionnel* : il s'agit pour le logothérapeute de voir juste, et d'éviter les écueils d'une nosographie réductionniste, puisque l'un des enjeux est de discriminer si l'atteinte noogène se combine ou pas avec une atteinte psychogène ou somatique. Cette triade pathologique présente en outre une autre particularité. Il aura fallu attendre le début des années 80, et la formation graduelle d'un nouveau champ clinique, pour s'apercevoir que les pathologies noogènes décrites très tôt par Frankl correspondent terme à terme à la symptomatologie secondaire du traumatisme psychique (ce que les spécialistes de ce domaine désignent du terme de comorbidité). L'expérience clinique nous enseigne, en outre, qu'un grand nombre de

15. Le domaine de la « collapsologie » est emblématique de cet état d'esprit.

16. Entre autres slogans grégaires. Les enjeux sont ici ceux que Freud a analysé dans les *Essais de psychanalyse*.

17. Par exemple : « Partout de la violence », « Ce monde est injuste », etc.

18. Cet état de fait a été analysé par Misrahi sous la désignation de « culture du malheur ».

patients venus consulter en AEL sur un motif en apparence existentiel (à la suite d'une séparation, d'un deuil, d'un changement de poste, d'un déménagement, d'un changement de situation familial, etc.) révèlent bien souvent un arrière-plan traumatique dont ils ne se doutent pas, ou qu'ils n'ont jamais traité. La corrélation régulière entre névrose noogène et effets secondaires de la névrose traumatique doit donc être sérieusement considérée. Lorsque l'on considère le grand nombre de ces situations, l'on est frappé par la pertinence du diagnostic franklien, concernant l'étiologie sociogène de la souffrance existentielle. La question qui se pose est alors de savoir si le grand nombre des atteintes noogènes ne serait pas l'indice du caractère traumatogène de nos sociétés. Cette souffrance est peut-être l'expression graduée d'un ressentiment à l'égard des échecs de l'existence, ou, plus généralement des dysfonctionnements de nos sociétés.

5 Les principes thérapeutiques

5.1 Un personnalisme

Le personnalisme de Frankl s'enracine dans la philosophie du dialogue de Buber (*Le Je et le Tu*). Rappelons que Buber distingue entre deux formes de relation au monde et aux autres : la relation impersonnelle et fonctionnelle Je/Cela, et la relation personnelle Je/Tu. De surcroît c'est le « Tu éternel » qui remplit chez Buber la fonction de tiers. Buber a transposé dans le champ de la philosophie morale les cadres mêmes du dialogue prophétique. Mais dans la pensée de Frankl, c'est le « Dieu inconscient » de chaque personne qui occupe la place du tiers. La finalité explicite de l'AEL consiste à soustraire le patient à l'univers de la névrose noogène, qui est souvent l'effet d'un processus de chosification (le Cela, chez Buber), et de le réinscrire dans l'espace de la relation interpersonnelle Je/Tu, qui est garante de sa « réhumanisation ». C'est ainsi que Frankl réinterprète le principe heuristique du dialogue socratique, en l'éclairant à l'aune des catégories du dialogue authentique. Dans ce cas précis, ce ne sont pas deux *logoi* qui interagissent mais deux personnes.

5.2 Le sens de la souffrance

En AEL, le thérapeute part du constat paradoxal qu'il y a une positivité insoupçonnée de la souffrance. Cette postulation procède d'une compréhension intime de ce que signifie la plainte d'autrui : l'expression réitérée de la plainte – avec son cortège de déplorations fatalistes – témoigne d'une seule chose : elle est *un appel déguisé de la noésis*, d'abord une demande de mieux-être, ensuite une demande de dépassement. C'est la première chose à apprendre lorsque l'on se forme à l'AEL : ne pas se laisser impressionner, même par les situations des plus déroutantes, puisqu'au fond de l'anxiété, au fond du souci, par-delà la colère, et les larmes, il y a ce que Frankl nomme « l'appel inouï du sens », ou « la force de défi de la *noésis* ».

Le paradoxe est là : *ce n'est que pour l'intéressé que sa protestation demeure d'abord inintelligible !* C'est la raison pour laquelle, au-delà de l'observance scrupuleuse des normes de l'entretien préalable, le thérapeute ne doit pas différer de parler de *nooé-ducation*¹⁹ à son patient, c'est-à-dire de l'informer sur les rudiments de l'ontologie

19. Nous avons introduit cette notion (Sarfati, 2018).

dimensionnelle. Cette transmission, même élémentaire, fait intégralement partie du processus thérapeutique, puisqu'elle tend au moins à informer sur le fait que *le sentiment de fatalité lié à l'épreuve de la souffrance peut être dépassé*, et qu'il le sera. En effet, si la finalité de l'AEL consiste à relancer la noodynamique du sujet souffrant (*homo patiens*), il importe au thérapeute de favoriser d'emblée l'élaboration de valeurs d'attitudes, qui permettent au patient de faire dignement face à la souffrance. L'information nooéducative constitue indéniablement un premier pas en ce sens. Elle procure à chacun la possibilité d'une première projection de soi-même, libéré de sa souffrance. Il n'existe certes pas de « juste place » pour la souffrance, à tout le moins est-on en droit d'attendre d'une logothérapie satisfaisante qu'elle réduise et limite la part et l'impact de cette souffrance. La naissance du moindre espoir détermine déjà une valeur d'*ethos*²⁰, puisque toute valeur d'*ethos* convenablement étayée débouche sur des valeurs d'*Éros* (relation) et/ou des valeurs de *pathos* (créativité).

5.3 Le processus thérapeutique

Il comporte deux phases : amener le patient à se distancier de sa souffrance, puis le conduire à surmonter cette souffrance en la dépassant au profit de nouvelles possibilités de vie sensée. Ces deux étapes ont leur nécessité propre, elles ne souffrent d'aucune ellipse, puisqu'elles reposent aussi sur *une durée psychique* singulière, qui appartient à chacun. Leur enchaînement obéit à une logique interne, dont le déploiement est incompressible. Mais il est remarquable d'observer que ce qui se joue dans cette évolution subjective — qui engage aussi bien la subjectivité du thérapeute que la subjectivité du patient — c'est ni plus ni moins que la mise en œuvre conséquente — et consécutive — des deux attributs de la *noésis* : l'accomplissement *in situ* de la double transcendance humaine, *l'auto-distanciation impliquant l'auto-dépassement*. Comme nous l'avons dit, en AEL, le début du processus thérapeutique ne dépend pas seulement de l'entretien préalable. Il ne s'agit pas seulement de recueillir des informations essentielles sur l'histoire de vie du patient, mais de procéder à cette enquête en *filtrant* les données obtenues au prisme du diagnostic dimensionnel. En l'espèce, il s'agit de se prémunir aussi bien contre les écueils du réductionnisme que contre les apories et les impasses d'un diagnostic inadapté, incomplet ou erroné.

5.4 La clinique des orientations de sens

Dans son exercice le plus concret, la pratique de l'AEL se traduit par la clinique des orientations de sens. Il s'agit de susciter chez l'interlocuteur — qu'il soit patient ou client — la suite des prises de conscience qui lui permettent de s'autoriser. Comme y a constamment insisté Frankl, l'AEL n'est pas « une panacée », mais « un art ». Irvin Yalom, lecteur de Frankl, prolonge la réflexion franklienne sur ce point. Cet art est celui du dialogue, c'est-à-dire de la conversation intelligente : suivie et finalisée, précise sans être intrusive, ni prescriptive. L'interaction thérapeutique s'y développe à l'instar d'une coopération au bénéfice de la vérité subjective. Nous concevons ici que la quête du sens soit une quête d'authenticité, non pas dirigée vers un horizon utopique, mais vers une exigence implicite, encore inédite, qu'il est question de discerner et de verbaliser. C'est pourquoi l'AEL, comme nous y avons insisté, est avant tout *une analyse de*

20. Voir notre typologie raisonnée des valeurs d'attitude (Sarfati, 2018).

la situation existentielle du sujet. C'est de cette minutie que dépend le fait qu'au-delà de la prise de conscience, le sujet-individu puisse s'affirmer comme personne libre, capable d'assumer de nouvelles responsabilités. Ainsi comprise, l'identification des orientations de sens procède toujours d'une élucidation des aspirations en souffrance. L'AEL a également fortement contribué à introduire dans la perspective clinique la nécessaire prise en considération de la responsabilité philosophique du soignant (qu'il soit médecin, psychologue, ou praticien impliqué dans la relation d'aide, quelle qu'elle soit). Cette redéfinition en extension du soin consiste en ce que Frankl désigne par l'expression de « ministère médical ». Cette pratique consiste, quelle que soit la situation clinique du patient (atteinte noogène associée ou pas à une pathologie), à soutenir sa quête de sens, car c'est reconduire une déontologie indigente, c'est-à-dire une attitude réductionniste, que d'ignorer la dimension noétique de celui-ci. Faute de cette ouverture, nous comprenons ici que le réductionnisme psychosomatique est autrement un autre nom de la cruauté. À tous ces points de vue, l'AEL — entendue comme clinique du sens — définit par-là même une clinique de la résilience : non pas fortuite, non pas « miraculeuse », mais *résilience inhérente* à, et thérapeutiquement déduite de la dimension noétique de chaque personne. Le processus thérapeutique définit par conséquent un effort dialogique de resymbolisation.

6 Pour une clinique du sens généralisée

6.1 Sur les usages de l'AEL

Évoquons à présent les différents usages de l'AEL. Comme nous le savons, dans la pensée de Frankl, ce sont d'abord la clinique et la pratique thérapeutique qui constituent le foyer originaire de ce domaine. Mais étant donné le statut de la souffrance existentielle, et plus particulièrement de la névrose noogène — souffrance essentiellement sociogène en son principe — il nous paraît utile de recenser les autres usages de l'AEL. Ce n'est qu'à cette condition qu'il devient possible de dessiner les contours d'une authentique clinique du sens, et plus spécialement d'une clinique du sens généralisée. Procédons par ordre, en distinguant d'emblée les usages strictement thérapeutiques, et les usages non spécifiquement thérapeutiques, que je suggère de qualifier d'« usages critiques et/ou correctifs » :

6.1.1 *Les usages thérapeutiques*

L'AEL se conçoit d'emblée comme une méthode de traitement spécifique des différentes formes de la névrose noogène. Mais Frankl lui-même distingue entre un usage principal et un usage complémentaire de l'AEL.

- *L'usage principal de l'AEL* est destiné à traiter les atteintes noogènes lorsque celles-ci ne sont pas associées à un profil pathologique (de type somatique, ou psychique). Dans cette première perspective (qui a été le point de départ historique de cette clinique), le logothérapeute se trouve face à des patients en proie à une crise existentielle, de plus ou moins grande intensité, sans pour autant que du point de vue médical ou psychiatrique, ces mêmes sujets puissent être reconnus comme des « malades ». La question qui se pose néanmoins dans

ce premier cas de figure est de savoir quelle est la proportion des atteintes noogènes « pures ».

- *L'usage complémentaire de l'AEL* est quant à lui destiné au traitement des cas de névroses noogènes associées à des pathologies : pathologies psychiques (névroses psychogènes, troubles phobiques, troubles schizophréniques, etc.), pathologies somatiques (maladies invalidantes, maladies chroniques graves, situations de handicap), mais aussi — et ceci constitue un très vaste domaine — psychotraumatisme (effets de violences subies, telles que : attentats, harcèlement au travail, souffrance au travail, accidents, etc.).

6.1.2 *Les usages non strictement thérapeutiques*

Le champ des possibles est également immense dans ce secteur, compte tenu du caractère transversal de la problématique du sens. La justification philosophique mais aussi sociologique de ces usages repose sur deux constats qu'il nous semble possible d'ériger en principes de recherche. *Premier constat* : là où il existe une *praxis* (pratique sociale), il existe des enjeux de sens. *Second constat* : pour un être humain, le sens, c'est la valeur même (valeur des situations qu'il est amené à vivre). Sous ce rapport, il est aisé de déduire que le spectre de développement de l'AEL est des plus riches et des plus prometteurs, en termes d'interventions et d'actions spécifiques.

Énumérons ces domaines : le domaine de l'économie et de l'écologie, le domaine de la politique, de la culture et de l'éducation, le domaine scientifique, dans ses rapports à la technologie et au droit.

Dans ce champ très vaste, une donnée nous apparaît aussi constante que prégnante : c'est celle de la distinction opératoire entre une action sensée ou une action insensée, entre le bien commun et l'intérêt général ou l'absence de projet, enfin celle des liens complexes entre émancipation et domination. Au fond de ces distinctions, l'enjeu est chaque fois le même, puisqu'il s'agit de parvenir à faire le départ entre l'univers de la valeur et celui de la contre-valeur. Ces différents domaines en prise directe sur l'articulation de *la nature éthique du lien social* portent des enjeux civiques et noétiques le plus souvent implicites. Ce serait par conséquent l'une des tâches prioritaires de l'AEL de contribuer à les expliciter, mais aussi à les élaborer de manière constructive. Puisque la question du sens, corrélative de la recherche de sens, s'avère omniprésente, l'AEL a un rôle significatif à jouer dans le domaine de *l'expertise* et de *la décision*.

6.2 **En guise de conclusion : quelques perspectives heuristiques et didactiques**

Si Frankl (Frankl, 2019) a particulièrement insisté sur la nécessité de distinguer nettement entre les usages strictement thérapeutiques de l'AEL (usages principaux et usages auxiliaires), en revanche il a laissé ouverte la question toujours pendante de ses usages sociétaux, non spécifiquement thérapeutiques. Au-delà donc de la formation habituelle destinée à former des praticiens du soin en AEL, il nous semble que la prise en compte de la question du sens dans le champ sociopolitique appelle, en tant que telle, une formation plus générale, destinée à permettre le développement d'une perspective critique — condition à la fois d'une posture d'éveil et d'une atti-

tude de vigilance proactive. Même si Frankl est resté très discret sur ce point, le peu qu'il dit de l'étiologie et des causes de la névrose noogène ouvre d'immenses perspectives, qui situent cet apport sur le même plan que les différentes contributions de la théorie critique de l'École de Francfort. L'idée d'une clinique du sens complète, c'est-à-dire qui inclurait à parts égales la clinique et la critique, est selon nous appelée à se développer comme *une herméneutique existentielle* installée au cœur des grandes pratiques sociétales, comme un dispositif de reprise réflexive et de réévaluation de leurs orientations.

Cinq axes effectifs me paraissent se dégager ; ils sont autant d'expressions différenciées de la conception existentielle du sens, assumée ici comme exigence à visée pratique, destinée à concrétiser *in situ* le potentiel critique et prophylactique de l'AEL, tel qu'il se dégage de ses principes cliniques et thérapeutiques :

6.2.1 *Une herméneutique des pratiques professionnelles*

Il s'agit d'une redéfinition de ce que l'on appelle couramment « l'analyse des pratiques ». Mais cette perspective sera renouvelée, dans la mesure où il s'agit d'inclure dans cette forme d'analyse la prise en compte des valeurs (ce qui n'est pas nécessairement le cas dans la conception commune). Nous pressentons déjà le changement de perspective qu'implique cette redéfinition, pour le domaine de l'économie et de l'entreprise, de la politique et de la gouvernance, de la formation et de l'éducation, mais aussi des pratiques de soi.

6.2.2 *Une herméneutique des pratiques culturelles*

Il s'agit de développer une analyse clinique des patrimoines culturels (littéraires, et cinématographiques, notamment), de manière à sensibiliser les apprenants en AEL sur les enjeux axiologiques qui informent et traversent la représentation mimétique de la société (statut de l'enfance et des enfants, condition féminine, catégories sociales subalternes, rapports de force, violence collective, mais aussi situation de « percée » noétique, à travers les figures de héros ou d'antihéros).

6.2.3 *Une herméneutique sémio-sociologique*

Cet axe recouvre l'analyse des scénographies (ou si l'on veut des « mises en scène ») de la subjectivité, mais aussi de l'interaction sociale dans les représentations médiatiques — notamment publicitaires. Cette pédagogie centrée sur l'aspect sémiologique des pratiques emporte également une finalité de sensibilisation : ici, aux mécanismes techno-culturels de subversion de la dimension noétique de la personne (les mêmes thèmes que ceux abordés dans l'analyse des pratiques pourraient être inscrits à l'ordre du jour).

6.2.4 *Une herméneutique des patrimoines spirituels*

Cet axe enfin consiste à réinvestir dans l'optique des principes de l'AEL les patrimoines spirituels, de manière à enrichir leurs implications en matière d'« image de l'homme ». La lecture suivie des textes, philosophiques et bibliques, aux fortes tonalités éthiques et métaphysiques, est significative pour étayer la réflexion personnelle sur la condition

humaine (par exemple, les textes des Écoles de sagesse grecques, ainsi que la littérature de sagesse biblique).

6.2.5 Une herméneutique des coordonnées de la condition humaine

Cette perspective d'étude peut aussi être considérée comme une préoccupation inhérente à la conduite de la logothérapie. Il s'agit en effet d'explicitier — dans une perspective anthropologique transculturelle — les rapports que chacun des termes de la triade tragique (pour ne mentionner que celle-ci) entretient avec les représentations culturelles du patient, ou de l'interlocuteur. Ainsi, l'idée qu'une personne a de son existence diffère du tout au tout selon ses conceptions métaphysiques (notion ou pas d'un au-delà, d'une vie après la mort, etc.). Cela vaut également pour éclairer, au moins en partie, le comportement des sujets d'un même groupe.

La réalisation concrète de ces perspectives didactiques passe par des prises d'initiative, consistant à former ici et là des pôles d'enseignement (ateliers, séminaires), ainsi que des cellules de réflexion dans chaque domaine du monde du travail. Ces quatre axes définissent autant de piliers d'une formation complémentaire en AEL, à la fois didactique et socioanalytique, tendant à en diffuser les enseignements principaux à l'échelle des grands domaines de pratiques dont dépend l'organisation du lien social. C'est donc un grand chantier qui s'ouvre à nous.

Bibliographie

Buber, Martin, *Je et Tu*, Aubier, Paris, 2012.

Frankl, Viktor, *Nos raisons de vivre*, introduction, InterEditions, Paris, 2009.

Frankl, Viktor, *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*, J'ai Lu, Paris, 2013.

Frankl, Viktor, *Retrouver le sens de la vie*, InterEditions, Paris, 2017.

Frankl, Viktor, *Le sens de ma vie : autobiographie*, coll. « Écho », Dunod, Paris, 2019.

Frankl, Viktor, *Le Thérapeute et le soin de l'âme. Introduction à l'analyse existentielle et à la logothérapie*, InterEditions, Paris, 2019.

Nussbaum, Martha, *Les émotions démocratiques : comment former le citoyen du XXI^e siècle?*, Climats, Paris, 2011.

Sarfati, Georges-Elia, *Manuel d'analyse existentielle et de logothérapie*, Dunod, coll. « Psychothérapie », Paris, 2018.

Le concept de la dignité inaltérable de la personne humaine et ses implications en psychothérapie

Christine Parpan-Dericum

Mast.sc. Psychologue-psychothérapeute, Logothérapie selon Viktor E. Frankl

Résumé : Partant du concept de la dignité humaine, j'aborde au niveau théorique de l'analyse existentielle de Frankl son ancrage dans la définition de la personne humaine par trois dimensions : dimension biologique, dimension psychique (et sociale), dimension noétique. Par sa dimension noétique, l'être humain se définit comme une personne libre à s'ouvrir au sens de sa vie et d'assumer la responsabilité de ses choix. Liberté et responsabilité définissent un espace libre et ouvert où la rencontre entre la thérapeute et son client a lieu comme une rencontre entre deux personnes branchées au sens et aux valeurs de leurs vies respectives. Au niveau pratique — thérapeutique — la logothérapie demande au psychothérapeute certaines attitudes ou approches bien définies, garantes du respect du client : une approche respectueuse, valorisante, sensible et intuitive, claire et bienveillante, franche et authentique, pleine d'humour et d'amour. L'accent y est mis sur une vue différentielle par rapport à d'autres écoles de psychothérapie, notamment l'approche Rogérienne et la Psychologie Positive.

Mots-clés : Logothérapie et Analyse Existentielle, dimensions de la personne humaine, dimension biologique, dimension psychique/sociale, dimension noétique, liberté et responsabilité, distanciation et transcendance, approches thérapeutiques, différences par rapport à Rogers et Seligman.

1 Le concept de la dignité de la personne humaine selon Frankl

C'est l'un des plus grands mérites de Frankl, psychiatre et neurologue, qu'il s'est approché d'une manière très respectueuse envers ses patients et patientes psychiatriques — pratique peu courante à l'époque, où dominait un esprit matérialiste et utilitariste, qui culminait — aussi en Suisse — dans des pratiques de stérilisation, voire — au temps du national-socialisme en Allemagne — d'euthanasie. Frankl ne niait pas les conditions biologiques et psychiques de toute vie humaine, voyait les conditions de vie atroces des malades des institutions médicales de son temps : « l'en-

treprise médicale est trop souvent mécanisée et les patients y sont dépersonnalisés »¹. Lui, il reconnaissait leurs capacités restantes, discernait ce qui restait intact, non touché par les effets de la maladie. Il était persuadé qu'il existe une dimension noétique propre à la personne de l'être humain et qu'elle reste sauve, quoi qu'il arrive.

1.1 Les trois dimensions de la personne humaine

Frankl se référait aux traditions humanistes de la philosophie européenne, en particulier à la phénoménologie de Scheler et à la psychologie existentielle de Jaspers. Il se distançait strictement des réductionnismes — biologismes, psychologismes, sociologismes — de son époque et fondait une psychothérapie vouée à la recherche du sens à chaque instant particulier d'une vie humaine et qu'il dénomma : « Logothérapie ». C'est une psychothérapie qui rehausse la valeur intrinsèque de chacun et chacune, malgré — « *trotz* » — les effets dévastateurs de la maladie, de la douleur, des offenses, de la mort. La Logothérapie représente selon Frankl une accroche supplémentaire à la Psychanalyse de Freud et à la psychologie individuelle d'Adler.

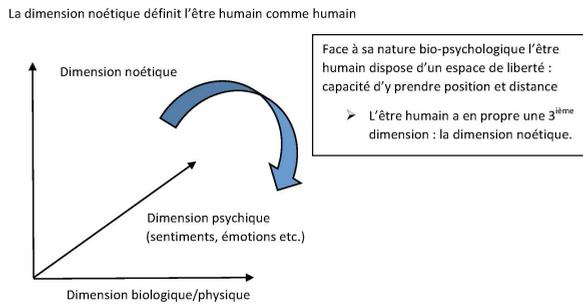


FIGURE 1 – L'Illustration des trois dimensions de la personne humaine

Par ses trois dimensions — niveaux bas des dimensions biologique et psychique et niveau haut de la dimension noétique — chaque personne humaine est unique et spécifique — « *einmalig und einzigartig* ». Par sa dimension noétique — « *geistige Person* » — la personne humaine est capable de prendre décision, de s'adonner au sens ou au non-sens dans le cadre de ses possibilités biologiques et socio-psychiques restantes. La liberté de décision et de responsabilité envers sa propre vie et ses réponses aux questions que l'environnement et la vie même lui posent, est le propre de toute personne humaine. Cette sorte de liberté reste maintenue aussi dans les limites causées par les effets de la maladie sur les dimensions bio-, socio- et psychologiques : « la psychothérapie a comme fin en soi d'évoquer la liberté en face de ces conditions puissantes auxquelles l'être humain est soumis »².

1. « *Noch aber ist der medizinische Betrieb vielfach mechanisiert und wird der Patient in ihm 'depersonalisiert'.* » (Frankl, 1995, p. 19).

2. « *Aufgabe der Psychotherapie [ist es,] dieses Freisein gegenüber den allmächtigen Bedingungen zu evozieren.* » (Frankl, 1995, p. 45).

1.2 Conséquences de la dimension noétique pour la psychothérapie

Suite à la définition de la personne humaine par trois dimensions, Frankl a postulé une assertion double pour la Logothérapie et l'Analyse Existentielle³ :

- L'être humain garde sa dignité, quelles que soient les conditions auxquelles il est soumis. Sa dignité peut être insultée, maltraitée, mais elle reste. Sa dignité résulte de la dimension spirituelle/noétique ; elle peut être mise à l'épreuve par des facteurs extérieurs ou intérieurs, être ébranlée, mais jamais anéantie.
- La vie de chaque être humain a un sens et elle le garde, peu importent les conditions auxquelles elle est soumise. Il faut découvrir ce sens à chaque moment de la vie — « *Augenblickssinn* » — et le vivre selon les possibilités données.

1.3 Espace ouvert de la Logothérapie et l'Analyse Existentielle

La Logothérapie se pratique dans le cadre d'une rencontre entre deux ou plusieurs personnes, centrée sur la vie réelle et les attentes du ou des patients. « L'être humain est dès le début constitué de telle façon qu'il ne peut pas exister tout seul et pour lui-même. Il n'existe qu'en contact avec le monde — par son rapport à celui-ci »⁴. La rencontre entre le patient et sa logothérapeute est une rencontre entre deux êtres humains. Les deux peuvent regarder le travail thérapeutique à un moment donné comme un espace ouvert : soit pour soutenir, si nécessaire, soit, si possible, pour faire l'expérience de relations nouvelles, soit pour découvrir des nouvelles possibilités à donner sens à l'expérience vécue du patient. Mais l'altérité de l'autre doit être respectée et soignée. C'est au thérapeute de mettre à disposition un tel espace de rencontre, mais c'est à la patiente de décider d'y entrer et de se l'approprier — ou de le refuser.

2 Implications sur le travail thérapeutique

Les postulats susnommés de Frankl demandent à celui ou celle qui pratique la Logothérapie et l'Analyse Existentielle une approche respectueuse, valorisante, sensible et intuitive, claire et bienveillante, franche et authentique, pleine d'humour et d'amour à l'égard du patient.

2.1 Respect devant la personne du patient

Dans le cadre clinique, les thérapeutes rencontrent des êtres humains souffrants : Ceux-ci ont vécu leur « Altérité » comme un blâme, constitué d'exclusions et d'irritations

3. C'est le *Crédo* de Psychiatrie et de Psychothérapie de Frankl. Premièrement : le *Crédo* à la personne spirituelle — « *geistige Person* » — qui existe malgré tous les symptômes et qui, bien qu'invisible, ne peut être détruite. Deuxièmement : par sa faculté psycho noétique la personne spirituelle peut prendre position en face de la maladie : « S'il n'existait pas la possibilité pour la personne spirituelle de faire face à la psychose en tant que maladie biopsychique, nous ne serions nullement capables de faire un travail de psychothérapie en psychiatrie. » — « *Gäbe es nicht ... eine Möglichkeit, die geistige Person der Psychose als psychophysischer Krankheit gegenüberzutreten zu lassen, so wären wir niemals imstande, eine Psychotherapie bei Psychosen durchzuführen.* » (Frankl, 1998, p. 153) ; voir aussi : Biller & Stiegler (2017, p. 317-318).

4. « *Menschsein ist von Anbeginn so gerichtet, dass es nicht allein aus sich selbst heraus und für sich selbst existiert, sondern sich im Kontakt mit der Welt — in seiner Ansprechbarkeit — erweist.* » (Batthyány, 2017, p. 157).

continues. Leurs souffrances datent souvent depuis l'enfance ou l'adolescence, mais des nouvelles blessures s'y rajoutent. Frankl parle entre autres de « dommages iatrogènes »⁵ : souvenir par exemple de traitements vécus comme malsains et méprisants par d'autres thérapeutes voués plus à leur propre mérite ou à une optique réductionniste du patient. Notre respect est dû aux expériences douloureuses du patient. En écoutant patiemment toutes les lamentations et accusations, le logothérapeute signale sa présence et son soutien : « Nos efforts se concentrent sur la personne qui souffre de la maladie. Cette personne qui est marquée par ses angoisses et dépressions, ses névroses et plus encore ses psychoses, reste par principe et en puissance capable de mouvement et développement, reste un être humain non réduit à sa maladie »⁶.

Respect est dû même à la personne dont le comportement ne correspond ni à nos attentes ni aux plans de thérapie astucieusement élaborés : par exemple la rechute d'une alcoolique à son addiction : « C'est le patient qui décide s'il s'ouvre aux exigences et aux richesses de sens dans sa vie ou s'il les refuse »⁷.

Respect devant la dignité d'un malade implique parfois le choix d'une autre forme de thérapie, par exemple une thérapie stationnaire à la place d'une analyse existentielle dans un setting ambulatoire.

2.2 Une approche valorisante

Aux Etats-Unis la Logothérapie et l'Analyse Existentielle sont intégrées dans les psychothérapies humanistes, telles que celle de Rogers. En effet, Frankl et Rogers se connaissaient et soutenaient des rapports amicaux. Mais Frankl avait élaboré son approche théorique bien avant la Seconde Guerre mondiale. Victime de l'holocauste, il avait perdu son premier manuscrit de « *Ärztliche Seelsorge* » lors de sa déportation au camp de concentration d'Auschwitz. Il pouvait publier ce texte de base pour la Logothérapie et l'Analyse Existentielle seulement après sa libération : C'est en 1946 qu'il fut édité par Deuticke à Vienne. Rogers et Frankl, tous les deux, revendiquent pour le thérapeute une approche valorisante et franche. Cependant Frankl donne une interprétation un peu différente à l'approche valorisante du thérapeute, en décrivant la personne humaine comme un être à la recherche du sens, prêt à se consacrer à une tâche ou à l'amour pour une autre personne⁸. Lukas fait mention aux innombrables actes de pardon et de renonciation aux choses faciles et agréables que la recherche du sens réclame. C'est une prestation qui mérite notre respect et qui contribue « à 90% au rétablissement des maladies psychiques et des troubles de la personnalité »⁹. Il s'agit donc, en plus du respect dû à chaque être humain, au respect dû au mérite que le malade (le patient, le client) acquiert par une prestation faite en faveur d'une valeur

5. Elisabeth Lukas parle dans son « *Lehrbuch der Logotherapie* » des dommages causés par une logothérapie mal interprétée! (Lukas, 2014, p. 151-158).

6. « *Unsere Bemühungen gelten der Person, die unter Krankheit leidet. Ihr, deren Bewegungsfreiheit eingeengt wird durch Ängste und Depressionen, durch Neurosen und erst recht durch Psychosen, die aber prinzipiell und potenziell beweglich ist und bleibt, beweglich genug, Mensch zu sein, selbst noch im Kranksein.* » (Lukas, 2007, p.185).

7. « *dass jedoch der Patient es ist, der ... die Entscheidungsmacht [behält] darüber, ob er sich ... den Herausforderungen seines Lebens und der Sinnfülle der Welt gegenüber öffnet oder verschliesst.* » (Lukas, 2007, p. 185).

8. C'est la capacité de se transcender soi-même — « *Fähigkeit zur Selbsttranszendenz* » — qui caractérise selon Frankl l'existence humaine (Frankl, 1998, p. 41).

9. Lukas (2007, p. 212).

transcendante et qui donne un sens profond à sa vie. Une telle prestation pourtant n'est pas toujours dure à porter, elle peut être parfois souple et légère. Je le dis, parce que la logothérapie n'est pas moralisante, elle souligne seulement le sens profond que représente chaque acte donné : Valorise-t-il la vie et le bien-être du client et de son entourage ? Ou contribue-t-il, au contraire, au mépris et à la stagnation dans la misère psychique ? Malgré les atrocités vécues aux camps de concentration d'Auschwitz et de Dachau, malgré la perte de ses parents et de sa jeune épouse, Frankl lui-même n'était pas resté traumatisé et muet. Il avait sauvegardé son courage, sa vitalité, son esprit pour créer son œuvre, pour reprendre goût à la vie. Il se remariait, fondait une famille, transcendait ses peurs et angoisses.

En contraste avec d'autres écoles de psychothérapie (psychologie positive de Seligman ; les méthodes et techniques de gestion du stress), la logothérapie et l'analyse existentielle ne recherchent pas le bien-être et le plaisir comme fins en soi. Intentée est la transcendance de soi qui peut mener au bonheur, non intenté mais donné en surplus : « Le bonheur arrive quand nous nous transcendons de nous-mêmes, quand nous nous donnons par amour à l'autre ou quand nous nous mettons au service d'une cause »¹⁰. Une vie pleinement vécue et féconde est le résultat de toutes ces procédures et recherches de séparation des tensions egocentriques et d'adhésion à la vie. Ces pratiques ne peuvent pas être prescrites par le thérapeute.¹¹ Mais celui-ci peut s'en réjouir, et comme il partage sa joie avec le client, il lui communique son estime. C'est très thérapeutique de valoriser chaque acte de transcendance, aussi minime qu'il soit.

2.3 Une approche sensible et intuitive

Par sa recherche du sens le client arrive à comprendre mieux les raisons de ses difficultés psychiques. C'est au thérapeute de le stimuler à se mettre à la recherche des possibilités restantes pour donner sens à sa vie en dehors du cadre et en dépit de la maladie. Cela demande de sa part une grande sensibilité pour les besoins et les facultés du client.

Chaque maladie mentale est un affront à la cohérence interne du malade. Pour Antonovsky¹² le sentiment de cohérence, de se sentir uni avec soi-même et au monde, est l'un des facteurs les plus importants pour la santé. Par le sentiment de cohérence l'être humain s'ouvre aux richesses internes dont il dispose pour mieux affronter ses tensions de stress. Le sentiment de cohérence découle de toutes les expériences que la personne a faites par rapport aux fins et valeurs qu'elle poursuivait durant sa vie et assure le contrôle des décisions et actions.¹³

Une orientation parallèle des valeurs est préférable pour surmonter des crises psychosociales : l'être humain dispose d'un grand éventail de valeurs pour faire face de manière responsable et raisonnable aux conditions de vie qu'il rencontre.

10. « *Lust ... sich von selbst einstellt, wann immer wir unsere Selbst-Transzendenz ausleben, wann immer wir uns also entweder liebend einem anderen oder aber dienend einer Sache hingeben.* » (Frankl, 1997, p.52).

11. Batthyány (2017, p. 152).

12. Antonovsky (1997).

13. Halama (2014, p. 240-241).

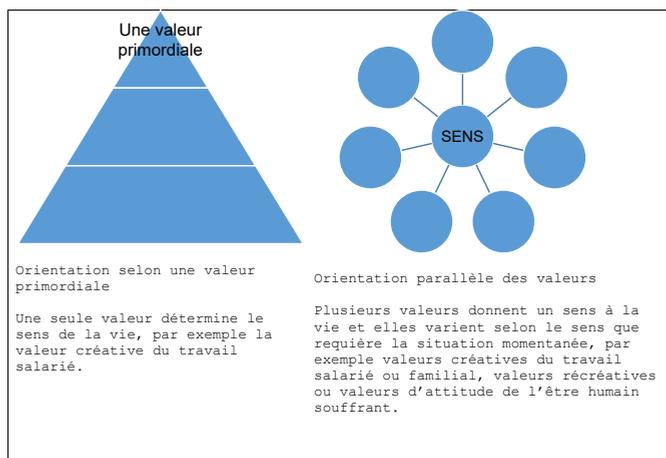


FIGURE 2 – L'illustration de l'orientation d'après une valeur primordiale ou d'après des valeurs parallèles qui émanent du sens que requière une situation donnée.

Dans son livre « Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie »¹⁴, Frankl témoigne comment sa conviction du sens inconditionné de la vie lui permettait de survivre dans des conditions extrêmes : il pouvait se tenir à ses propres fins et valeurs malgré ses souffrances. Il témoigne aussi des peines de ceux qui n'arrivaient plus à maintenir leur compas individuel de valeurs et de sens : chute dans la passivité, l'indifférence et le désintéret complet — une sorte de décomposition personnelle qui menait presque toujours à la mort rapide dans la situation du camp de concentration.

Le malade psychique et le malade atteint d'un mal grave et probablement incurable perdent, pareillement aux malheureux des camps, très souvent le compas de leurs valeurs connectées au sens. Cela correspond à la perte du sentiment de cohérence. Hallucinations du schizophrène, passivité du dépressif, fuite de l'angoissé etc. peuvent être interprétées comme des réactions mal adaptées au manque d'orientation et donc de cohérence interne.

En logothérapie, le psychothérapeute doit accompagner le malade avec sensibilité dans la recherche de valeurs qui donnent sens à sa situation en face de sa maladie. Il s'agit de la découverte par le client de ses propres valeurs, qui l'orientent vers le sens à donner à sa situation parfois très douloureuse. Mais jamais le logothérapeute n'octroie valeurs et sens : ça serait un non-sens inouï, un non-respect à l'égard du client en tant que personne libre et responsable.

Si le malade accuse et réclame une puissance supérieure pour lui faire justice, pour le venger de toutes les injustices dont il se sent en proie, la logothérapeute l'écoute en silence. Oui, elle l'accompagne dans ses sentiments de colère et de détresse : perte réelle d'une vie « normale » sur le plan professionnel et privé, manque d'une relation amoureuse épanouie, mépris subi lors d'interventions policières, etc. Et si le malade

14. Traduction du titre allemand *..trotzdem ja zum Leben sagen*

dit à voix basse : « C'est mieux d'être en colère que d'être triste », le logothérapeute se rend compte des souffrances et pertes vécues par le client et les partage de façon sensible et intuitive.

Au chevet d'une malade démente, l'interprétation sensible et intuitive des gestes « débiles » ou des paroles « insensées » peut contribuer à s'ouvrir à la dimension noétique de la personne malade et par-delà à calmer la malade. Si, par exemple, j'interprète les gestes désorientés de ses mains comme « coudre », je le dis et j'entre dans un jeu d'imagination de valeurs orientées sur le sens de vie de la patiente : Je lui donne une aiguille imaginative tombée par terre – et elle répond « merci ! » — elle se sent reconnue et comprise. Je lui dis, que son œuvre est bien faite — et elle me sourit. Je lui dis, que je pense que l'œuvre de sa vie est bien réussie, parce qu'elle semble avoir fait beaucoup de belles choses avec ses mains et par de-là donné beaucoup de joies à son entourage — elle se calme et paraît heureuse. Le sens noétique que la maladie avait capturé, réapparaît brièvement à l'horizon des valeurs vécues par la malade. Frankl parle des « granges pleines du passé » qui subsistent pour toujours.¹⁵

2.4 Une approche claire et bienveillante donne structure et orientation

Comme psychothérapeute, le logothérapeute vise au soulagement des symptômes psychopathologiques, aide à découvrir sens et valeurs dans le vécu du client, à rechercher les potentialités restantes du moment et d'un futur proche et encourage de faire du possible un réalisé.¹⁶ Cela demande une approche bienveillante, très proche de la vie présente du client. Cette approche contribue à une bonne relation entre le thérapeute et son client. La recherche psychothérapeutique considère, en effet, une relation positive comme un facteur primordial pour une psychothérapie réussie, peu importe la technique psychothérapeutique appliquée¹⁷. Pour Frankl, cette rencontre est l'une entre deux êtres humains, permettant au client de reprendre sa part dans la vie en dépit de ses handicaps ou de ses symptômes. Il s'agit d'encourager tout ce qui n'est pas altéré par la maladie et d'apprendre à accepter les pertes subies par la maladie. C'est une approche définie par le concept d'une logothérapeute suffisamment bonne, à la manière de la théorie de l'attachement de Winnicott parlant d'une mère suffisamment bonne.

Mais la bienveillance doit aller de pair avec une approche bien claire. Lukas en témoigne par ses nombreux exemples de sa pratique logothérapeutique.¹⁸ Frankl développait sa vision d'une pratique de vie centrée sur le sens en contraste avec les pratiques vides de tout sens de l'époque contemporaine, visant l'hédonisme ou/et le pouvoir tout court. Aujourd'hui, de telles pratiques sont très courantes dans les domaines divers de la politique, de la culture, de la société, etc. Elles encouragent leurs adhérents à satisfaire leurs appétits les plus divers, aussi malsains qu'ils soient pour eux-mêmes et leur environnement. Frankl y répond de manière concise : « Il n'est

15. « Für gewöhnlich sieht der Mensch nur das Stoppfeld der Vergänglichkeit ; was er übersieht, sind die vollen Scheunen der Vergangenheit. Im Vergangenen ist nämlich nichts unwiederbringlich verloren, vielmehr alles unverlierbar geborgen. » (Frankl, 1995, p. 123-124).

16. Mascaro (2014, p. 270).

17. Hubble *et al.* (2001, p. 137-).

18. Lukas (2014, p. 86-).

pas à nous de réclamer à la vie, mais c'est la vie qui nous demande »¹⁹. Si un client adopte une pareille attitude égocentrique, c'est à la logothérapeute de clarifier son point de vue à la lumière du sens intrinsèque à sa vie et à celle de son entourage.

2.5 Une approche honnête et authentique

Toute approche thérapeutique exige de la part du logothérapeute une vue sincère et authentique sur sa propre vie. Lui aussi est comme chaque être humain en prise avec ses conflits internes, ses tensions entre plaisir égocentrique et devoir face à la vie, ses reproches face aux négligences réelles ou imaginées de son entourage, son manque de responsabilité, ses traumatismes réanimés lors de situations conflictuelles actuelles, etc.

Cependant le travail biographique en logothérapie et analyse existentielle n'est pas limité à la « recherche de soi ». Il vise ce que Frankl nomme « distanciation de soi » et « transcendance de soi ». Ces concepts dérivent de la dimension noétique présente dans chaque humain et qui le définit comme un être croyant, espérant et aimant, créatif et vivant. Selon Frankl l'ouverture à la dimension noétique est d'une importance capitale aux points de vue psychothérapeutique et psychosomatique.²⁰

L'idée de base du travail biographique consiste dans la reconnaissance du passé comme une réalité intégrée, vécue et restante à tout jamais. Je ne peux rien effacer. Mais je peux me mettre à la recherche du sens et des valeurs du vécu révolu. Le passé est un vrai trésor de richesses accumulées : œuvres réalisées, amour donné et reçu, douleurs vécues — « dont je suis très fier ... Le temps révolu ne revient pas ; mais ce qui s'est passé y reste intouchable et inébranlable. »²¹. Et tout en reconnaissant la valeur intrinsèque du passé, je peux me libérer de mes souvenirs douloureux, de ma colère face à l'injustice subie, de ma honte devant mon insuffisance, etc. Et en intégrant les expériences faites par mes ancêtres et moi-même, je m'ouvre au présent et aux valeurs qui m'attendent pour être vécues dans l'avenir.

C'est par son travail biographique que la logothérapeute acquiert honnêteté et authenticité suffisantes pour faire un travail psychothérapeutique centré sur le sens vécu par le client : par le dialogue socratique elle le stimule en dépit des blessures subies, des faiblesses et symptômes, à découvrir les richesses cachées de son vécu et de son entourage et à s'ouvrir aux valeurs à mettre en œuvre au présent et à l'avenir.

2.6 Une approche pleine d'humour et d'amour

L'humour est un médicament précieux en toute psychothérapie et d'une valeur primordiale en logothérapie et analyse existentielle par sa fonction de distanciation.²² Si le client arrive à regarder l'une de ses faiblesses avec un sourire aux lèvres, la thérapie

19. « *not ... what we expected from life, but rather what life expected from us* » (Frankl, 1992, p. 85 ; in Mascaro, 2014, p. 271).

20. « *von eminent psychotherapeutischer und psychosomatischer Bedeutung* » (Frankl, 1995, p. 65).

21. « *Ich habe Wirklichkeit in meiner Vergangenheit, nicht nur die Wirklichkeit der gewirkten Werke, sondern die der geliebten Liebe und auch noch die der gelittenen Leiden. Und auf die bin ich am meisten stolz — mag ich um sie auch am wenigsten beneidet werden. ... Wohl ist die verflossene Zeit unwiederbringlich ; aber das in ihr Geschehene ist unantastbar und unverletzlich.* » (Frankl, 1995, p. 65).

22. « *Es gibt kaum etwas im menschlichen Dasein, das es dem Menschen so sehr und in einem solchen Ausmass ermöglichte, Distanz zu gewinnen, wie der Humor.* » (Frankl, 1997, p. 156).

va bon train dans la direction santé psychique. Le rire permet de se transcender soi-même, d'entrevoir une poignée de sens noétique dans une situation pleine de non-sens et à s'encourager de la dépasser.

Cependant l'humour doit aller de pair avec l'attitude bienveillante et respectueuse du logothérapeute, parce que l'humour sans amour blesse par son ironie arrogante.

- « L'être humain souffrant a une bien plus grande valeur que l'homme valide. S'il n'était pas ainsi, je ne voudrais pas être psychiatre ; parce que je ne suis psychothérapeute ni pour une 'mécanique psychique' délabrée, ni pour un 'appareil' psychique ruiné, ni pour une machine cassée, mais je le suis pour l'humain qui subsiste dans la maladie, pour ce qui reste derrière et au-dessus de tout »
- « Der leidende Mensch steht höher als der tüchtige Mensch. Und wäre dem nicht so, dann stünde es nicht dafür, Psychiater zu sein ; denn nicht für einen verdorbenen 'psychischen Mechanismus', nicht für einen ruinierten seelischen 'Apparat' und nicht für eine zerbrochene Maschine möchte ich Seelenarzt sein, sondern nur für das Menschliche im Kranken, das hinter alledem und über alledem steht». (Frankl, 1993, p.63)

3 Bibliographie

- Antonovsky, Aaron, Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1997.
- Batthyány, Alexander, Die Überwindung der Gleichgültigkeit : Sinnfindung in einer Welt des Wandels, Kösel Verlag, München, 2017.
- Biller, Karlheinz ; Stiegler, Maria De Lourdes, Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor Emil Frankl, Süddeutsches Institut für Logotherapie und Existenzanalyse, Fürstentfeldbruck, 2017.
- Frankl, Viktor E., Theorie und Therapie der Neurosen : Einführung in die Logotherapie und Existenzanalyse, Reinhardt, München, Basel, 1993.
- Frankl, Viktor E., Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, Taschenbuchverlag, Fischer, Frankfurt an Main, 1995.
- Frankl, Viktor E., Die Psychotherapie in der Praxis. Eine kasuistische Einführung für Ärzte, Piper Verlag, München, 1997.
- Frankl, Viktor E., Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, Verlag Hans Huber, Bern, 1998.
- Frankl, Viktor E., ...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager, Kösel-Verlag, München, 2009.
- Halama, Peter (2014) « Meaning in Life and Coping. Sense of Meaning as a Buffer Against Stress », in Batthyány, Alexander ; Russo-Netzer, Prinit (dir.), Meaning in Positive and Existential Psychology, Springer, New York, p. 239-250.
- Lukas, Elisabeth, Heute ist der erste Tag vom Rest deines Lebens. Schritte zu einer erfüllten Existenz, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 2007.
- Lukas, Elisabeth, Lehrbuch der Logotherapie : Menschenbild und Methoden, Profil Verlag, München, Wien, 2014.
- Mascaro, Nathan (2014), « Meaning Sensitive Psychotherapy : Binding Clinical, Existential and Positive Psychological Perspectives », in Batthyány, Alexander ; Russo-Netzer, Prinit (dir.), Meaning in Positive and Existential Psychology, Springer, New York, p. 269-289.

Cas clinique traité avec la logothérapie : « Quand la vie retrouve un sens »

Maria Russo(1) ; Tamara Steiner(2)

(1) Psychiatre et Psychothérapeute FMH, Logothérapeute et superviseure en Logothérapie
(2) Psychothérapeute, Logothérapeute et superviseure en Logothérapie

Résumé : A l'aide d'une vignette clinique, l'agir thérapeutique fondé sur les principes de la logothérapie, illustre comment le thérapeute accompagne grâce à la modulation d'attitude, vers un espace de liberté en s'appuyant sur les ressources du patient qui parvient à redonner du sens à son existence.

Mots-clés : logothérapie, espace de liberté, sens, modulation d'attitude, ressources.

1 Introduction

La logothérapie respecte la situation du ou de la patiente, cela veut dire qu'il s'agit de comprendre la situation du patient, de l'estimer et de l'explorer afin d'y découvrir les ressources individuelles ainsi que son espace de liberté. Cet espace, existe toujours. Il ne se manifeste pas à travers la situation qui ne peut pas changer. La liberté, se manifeste à travers les ressources personnelles. La liberté de la personne face à une situation inchangeable, telle une maladie incurable, c'est précisément dans un tel contexte qu'une psychothérapie prenant appui sur la logothérapie envisage des micro interventions pour entraîner le patient ou la patiente vers un réexamen de son attitude.

Cela consiste en plusieurs étapes. D'abord le patient réalise que : la situation reste ce qu'elle est, difficile, inchangeable. Ensuite, peu à peu grâce à un questionnement maïeutique du thérapeute, il réalise que c'est l'attitude avec laquelle il envisage la situation ou à travers laquelle il se confronte à la situation qui peut évoluer. Dans ce domaine il convient alors d'explorer son espace de liberté. Combiné avec ses ressources individuelles, il explore la possibilité d'envisager des comportements qui aident à

affronter la vie et la situation qui pose des difficultés réelles. C'est donc dans cet espace de liberté que la logothérapie essaie d'aider à activer les meilleures ressources de la personne. La personne réalise ainsi qu'elle a malgré tout, des possibilités personnelles et qu'elle peut agir au lieu de subir uniquement.

Tamara et moi avons choisi pour vous présenter dans cet atelier le cas d'une femme, que nous appellerons Mme G. atteinte de sclérose en plaque. Elle a initié la démarche de suicide assisté chez Exit¹. Cette vignette clinique va nous aider à illustrer l'agir thérapeutique se fondant sur la logothérapie.

2 Eléments d'anamnèse

Mme G. a 53 ans et depuis 4 ans elle réside dans un foyer pour des personnes handicapées.

Elle est divorcée et mère de deux filles jeunes adultes qui lui rendent visite régulièrement.

Lors de notre premier entretien, elle commence par me raconter qu'elle n'a pas eu de chance dans sa vie.

Son enfance a été marquée par un père autoritaire et la maladie de son frère cadet atteint d'un déficit intellectuel et moteur grave.

Quand elle était adolescente, elle a eu beaucoup de peine à se faire des amis à cause de sa timidité.

Après l'école obligatoire elle a commencé à travailler comme ouvrière dans une usine.

A 18 ans, elle a fait la connaissance de celui qui deviendra son mari deux ans plus tard.

Mme G. dit avoir été malheureuse durant toute sa vie de couple : le mari était alcoolique et violent. Il ne le lui donnait pas d'affection. Il passait les soirées au bar pendant que Mme G. restait à la maison à s'occuper de ses filles.

Elle dit avoir dû supporter des années de vie malheureuse car elle n'avait pas d'autonomie financière.

Lorsque ses filles sont devenues adolescentes, elle a trouvé du travail dans une usine horlogère et peu de temps après elle a demandé le divorce.

Mais la vie va lui réserver un nouveau malheur, raconte-t-elle. Elle a commencé à avoir les premiers symptômes de la sclérose en plaque.

La maladie a progressé assez vite et Mme G. a perdu son autonomie et a dû être placée dans l'institution, où je la rencontre.

1. EXIT est une association Suisse proposant l'assistance au suicide à l'aide de directives anticipées, encadrée par l'article 378B du Code civil suisse.

3 Agir thérapeutique se fondant sur la logothérapie

Lors des entretiens, je ne me limite pas à une écoute empathique, j'essaie de réveiller en Mme G. des passages de vie moins douloureux ou moins traumatiques.

Face à la difficulté de la patiente de se connecter avec des événements positifs de son histoire, je lui propose de regarder les photos qu'elle a sur son ordinateur.

Bien que Mme G. présente des limitations motrices au niveau de ses mains, elle arrive encore à pouvoir utiliser un ordinateur qui a été adapté. Cette proposition semble ouvrir une petite fenêtre de lumière. Par les photos Mme G. est confrontée à des aspects qui touchent ses pertes (corps et ses fonctions, activités, appartement, etc.) mais aussi à des ressources qui restent présentes malgré cette maladie.

En premier lieu, ses enfants et en même temps des images qui montrent qu'elle a apprécié la nature, les coucher de soleil, etc. ainsi que des moments de bonheur lorsqu'elle se voit souriante sur quelques photos.

Selon Lukas (2002), dans cette première phase, diagnostique ou d'exploration, le thérapeute facilite l'expression de la souffrance et en parallèle ouvre sur les ressources. Il veille en outre à ne pas provoquer de problèmes iatrogènes. L'hyperréflexion, est utilisée au début du suivi, au détriment du recueil de l'information, afin d'orienter le patient vers des contenus positifs de sa vie et ne pas l'enfermer dans sa plainte ou ses symptômes.

Mme G. continue à affirmer son désir et son droit de mettre fin à sa vie. Cependant, elle se montre capable quelquefois de tourner son regard vers autre chose que sa souffrance inévitable. Elle éprouve un fort sentiment de tristesse et de désespoir, la vie a été injuste avec elle. Cette conviction réveille en elle parallèlement beaucoup de colère et alimente sa position de victime.

Une bonne partie de cette colère est projetée sur son ex-mari.

Nous abordons les attentes qu'elle avait envers lui, elle espérait qu'il allait combler ses manques affectifs mais elle dit avoir été vite déçue.

J'encourage Mme G. dans la même séance à parler des autres rencontres affectives. Elle raconte n'avoir pas eu d'autres hommes dans sa vie.

Cependant, elle se souvient d'avoir rencontré dans une fête de village un jeune homme avec qui elle a passé un moment magique. Il a été très avenant et poli avec elle. Ils ont discuté et dansé et sont restés ensemble jusqu'à la fin de la soirée. Avant de se quitter, il a enlevé la chaînette dont le pendentif était un hippocampe qu'il portait et il lui a offert. Mme G. a gardé précieusement cette chaînette, elle me la montre. L'anneau de l'hippocampe est cassé, je profite pour me proposer de trouver un bijoutier qui pourrait la réparer. J'ai trouvé son récit émouvant et j'ai ressenti une grande émotion chez la patiente.

Suite au partage de ce souvenir et d'avoir aidé Mme G. à réparer sa chaînette, l'équipe soignante m'informe que Mme G. parle moins d'EXIT, la crise semble être passée. Mme G. a pu resignifier en partie son parcours de vie et se connecter à des passages

qui n'ont pas été marqués par la souffrance. Nous avons convenu de continuer les consultations.

Ici nous pouvons souligner, toujours en nous appuyant sur Lukas (2002), que le fatalisme et le déterminisme peuvent conduire à l'idée que l'actualisation est déterminée par les expériences du passé. Or dans la pensée de la logothérapie, rien de ce qui a existé dans le passé n'est perdu, seulement stocké. Ainsi grâce à la modulation d'attitude, technique non spécifique de la logothérapie, le thérapeute peut accompagner le patient vers des espaces de libertés ou une nouvelle lecture de son passé.

Par la suite, je propose à la patiente de regarder le film «Le Scaphandre et le papillon», l'histoire vraie d'un homme qui avait une vie très épanouie et qui suite à une attaque se retrouve paralysé. Il ne peut que bouger un œil, et malgré cela il écrit un livre. . .

Mme G. regarde a deux reprises le film, la première fois elle dit : «je n'ai pas tout compris», puis elle exprime de l'admiration pour cette homme qui malgré avoir tout perdu arrive à trouver la force de laisser un témoignage de sa souffrance.

Ici, le thérapeute, intervient au niveau de la dérégulation, qui consiste à diriger l'attention vers un objectif, une tâche, une personne, qui permet au patient d'aller au-delà de lui-même, sortir de lui-même (Lukas, 2002). Le visionnage du film permet à la patiente une décentration qui conduit à une modulation d'attitude pour faire face à sa souffrance inévitable.

Mme G. arrive à présent, par moments à regarder en avant, à avoir quelques envies. Comme tout le monde, elle a eu des rêves et elle peut se réapproprier particulièrement un rêve qu'elle a depuis qu'elle était petite : voir une aurore boréale. Mme G. en parle à ses filles qui se montrent motivées et prêtes à l'accompagner. L'équipe soignante et en particulier une ergothérapeute s'impliquent et informent sur la possibilité de concrétiser le rêve de Mme G.

4 Conclusion

Dans ce mouvement vers la vie, Mme G. élabore avec son réseau, un projet de vie. Les dernières séances seront destinées à l'élaboration de son objectif, qui lui permet de retrouver un sens à son existence.

L'agir thérapeutique s'appuyant sur la logothérapie permet d'éclairer les valeurs du patient et de les étendre au suivi thérapeutique, en accordant de l'importance et du soutien au patient pour l'aider à réaliser son projet de vie.

5 Bibliographie

Lukas, Elisabeth, *De ta souffrance même, tu peux faire quelque chose*, Éditions Pierre Téqui, Paris, 2002.

Lukas, Elisabeth, *Tambien tu sufrimiento tiene sentido : alivio de la crisis a traves de la logoterapia*, Ediciones LAG, Coll. « Sentido », Mexico, 2002.

Rétablissement et Logothérapie

Dans une prise en soins axée sur le Rétablissement, quel lien avec la Logothérapie en cabinet privé de psychothérapie ?

Elisabeth Ansen Zeder(1) ; Joëlle Gaillard Wasser(2)

(1) Dr. en psychologie clinique, Psychologue psychothérapeute ASP & Professeure en psychologie, chercheure rattachée à l'unité de recherche Didactique de l'Ethique et cultures religieuses de la Haute Ecole Pédagogique de Fribourg (URDECR-HEP/PHFR)

(2) Psychiatre et Psychothérapeute FMH, cabinet médical de psychothérapie du Mont-sur-Lausanne

Résumé : Cette contribution présente quelques illustrations cliniques du concept de Rétablissement. A l'aide d'une analyse d'un suivi issu de la clinique psychothérapeutique, elle souligne en quoi la logothérapie contribue à cette orientation d'une prise en soins axée sur le rétablissement.

Mots clés : rétablissement, logothérapie, illustrations cliniques.

1 Introduction

Le cabinet médical de psychothérapie du Mont-sur-Lausanne a mené une réflexion approfondie sur l'impact possible de la spiritualité des patients dans une prise en soin qui considère la spiritualité comme une ressource valorisant l'espoir de Rétablissement et permettant de donner du Sens et une raison de vivre afin d'aller mieux. Mais comment intégrer cette ressource dans la psychothérapie ?

2 Concept du rétablissement

2.1 Bref historique

Un mouvement « The Recovery », d'origine anglo-saxonne, dès les années 1990, défend l'idée qu'il est possible, même dans les cas de maladies psychiques graves, de connaître

un rétablissement. Celui-ci est considéré non pas comme une absence de symptômes mais comme la possibilité de vivre une vie satisfaisante, malgré la survenue d'épisodes de crise et de symptômes de la maladie. Derrière ce concept se profile une prise en soins au niveau somatique, psychique, social et spirituel. Une des figures de proue du mouvement américain est Patricia Deegan (1996) dont le témoignage personnel est très touchant.

2.2 Définitions

Pour Anthony (1993), le Rétablissement est :

« un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale... » (p. 527)

Pour Deegan (1996) :

« Le but du processus de rétablissement n'est pas de devenir "normal". Le rétablissement est une façon de vivre, une attitude et une façon de relever les défis de la vie de tous les jours. Ce n'est pas un processus linéaire : c'est une trajectoire qui comprend des moments de recul et des avancées. [...] C'est l'aspiration à vivre, à travailler, à aimer, et ce, dans une communauté à laquelle il est possible de contribuer significativement. » (p. 28)¹

3 Les quatre dimensions du Rétablissement

L'expérience du Rétablissement est de plus en plus reconnue dans la prise en soins de personnes en souffrance psychique. Provencher (2002) tente d'en donner quelques perspectives théoriques. Se basant sur le travail de Perkins et Zimmerman (1995) et Zimmerman (1995), elle propose le schéma suivant pour conceptualiser les quatre dimensions du rétablissement et ses différentes caractéristiques. Nous le reprenons ci-dessous :

1. Notre traduction.

<p>Redéfinition et Expansion du soi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processus de deuil associé à la présence d'un trouble mental • Processus de découverte d'un nouveau soi • Complexité du soi 	<p>Relation à l'espace temporel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espoir • Chercher et trouver du sens
<p>Pouvoir d'agir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processus • Construit • Transformation du sentiment d'impuissance • Niveau du pouvoir d'agir <p>Niveau psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Composante intrapersonnelle - Composante interactionnelle - Composante comportementale <p>Niveau organisationnel</p> <p>Niveau communautaire</p>	<p>Relation aux autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relations avec les membres de la famille • Relations avec les pairs • Relations avec les intervenants • Relations avec les services de santé et de soutien

FIGURE 1 – Les quatre dimensions du rétablissement et leurs caractéristiques selon Provencher (2002, p.48)

Huguelet (2013) pense aussi que le processus de rétablissement se fonde sur l'espoir et l'autodétermination, avec quatre aspects impliqués dans ce processus, que nous relierions aux quatre aspects retenus par Provencher (2002), nous les rappelons entre parenthèses :

- Trouver l'espoir (Relation à l'espace temporel).
- Redéfinir l'identité (Redéfinition et expansion du soi).
- Trouver un sens à la vie (Relation aux autres et à l'espace temporel).
- Prendre la responsabilité active du rétablissement. (Pouvoir d'agir).

En voici quelques illustrations cliniques.

3.1 Relation à l'espace temporel : Espoir et Sens

Catherine souffre d'un trouble bipolaire et a dû être hospitalisée plusieurs fois pour crises maniaques. Trouver un médicament qui la stabilise a été difficile en raison de nombreux effets secondaires. Mais actuellement, tout à fait stabilisée, mariée et mère de 3 jeunes enfants, travaillant à 40 %, elle se présente heureuse et comblée. Musicienne, elle témoigne de son parcours de Rétablissement en créant des chants qui racontent son histoire et son espérance toujours renouvelée dans sa foi chrétienne vivante, ressource quotidienne pour elle.

3.2 Un nouveau soi, l'exemple de Grégoire

Grégoire était un employé de banque performant quand la maladie psychique l'a terrassé, avec un arrêt de travail de longue durée de plusieurs mois. Licencié, Grégoire doit trouver une nouvelle orientation professionnelle. Vécue d'abord comme un deuil douloureux à cause de la diminution de ses capacités cognitives et d'endurance, son incapacité de travailler à nouveau dans une banque, l'oblige à rechercher en lui

d'autres compétences. Il peut ainsi laisser s'épanouir son côté artistique, jusque-là loisir optionnel, et développer sa créativité dans son atelier de sculpteur. Son identité professionnelle change mais le regard qu'il porte sur lui n'est plus seulement en creux, ou en perte négative : il découvre d'autres facettes dans sa personnalité qui peuvent enfin être valorisées. Au-delà du plaisir personnel de création, il se découvre de nouvelles compétences dont il peut se prévaloir.

3.3 La relation aux autres, Marie, sa communauté, son groupe de jeunes

Marie a sa vie complètement perturbée par son hospitalisation et le diagnostic de Schizophrénie. Mais, par une volonté tenace, elle acquiert son autonomie et vit en colocation, tout en gardant de bons liens avec ses parents divorcés et son frère.

Elle a sa semaine rythmée par les réunions de sa communauté religieuse où elle est très impliquée, et elle a des amitiés fortes dans le groupe de jeunes, sur lesquelles elle peut compter quand elle se sent angoissée. « J'appelle mon amie et on prie ensemble. Après je me sens mieux ».

Malgré sa réticence vis-à-vis des médicaments, elle continue son suivi psychiatrique régulièrement, pour éviter à tout prix une nouvelle hospitalisation extrêmement redoutée, et prend sa médication. Elle accuse son traitement de nuire à sa créativité, mais arrive malgré tout à finir ses études d'art avec un Certificat Fédéral de Capacité.

3.4 Un pouvoir d'agir, illustré par Simone

Lors de la première consultation, Simone vient de faire une tentative de suicide et doit être hospitalisée. Après la sortie de la 1^{ère} crise et l'équilibre du traitement médicamenteux, la psychothérapie lui permet de déverser toute sa plainte et son sentiment de victime injuste de la vie, par rapport à sa famille d'origine (mère décrite comme maltraitante, père adoré mais décédé, frère égoïste ayant subi un grave accident) et aussi par rapport à sa famille actuelle (plusieurs fausses couches, enfant autiste). Des rechutes nécessitent de nouvelles hospitalisations. Nous établissons alors ensemble le Plan de Crise Conjoint, qui permet d'analyser les facteurs déclenchants, la conduite à tenir en cas de rechute, et impliquer ses proches. Ceci permet à Simone de progresser en faisant une démarche de pardon auprès de sa mère âgée, démarche accompagnée par un aumônier, et petit à petit sortir de son vécu de victime impuissante. Après une cérémonie de deuil pour ses enfants morts avec une diacre, Simone commence à créer un espace ressourçant et valorisant pour elle : elle s'inscrit dans une chorale et ainsi participera à plusieurs concerts de comédie musicale. La situation reste cependant très frustrante à la maison entre son mari accaparé par son travail et son fils autiste. Finalement, elle décide de voyager en camping-car. Elle loue une place dans un camping et y passe l'été. Ses besoins d'espace et de contacts sociaux ne sont pas partagés par les deux hommes de la maison mais tout à fait acceptés et elle arrive à rester en lien avec eux depuis son camping, en continuant de leur assurer les tâches ménagères à l'appartement. Puis, elle décide de partir plusieurs mois pour un tour d'Europe et en revient comblée, et admirée par sa famille et ses amis pour le courage et l'efficacité de toutes ses découvertes.

4 L'apport de la logothérapie

4.1 L'ontologie dimensionnelle de la personne

« Pour Frankl, c'est le refoulement ou la répression de l'aspiration spirituelle qui est à l'origine de la souffrance psychique » (Sarfati, 2018, p.59). En effet, la vie mentale ne se réduit pas au psychisme mais s'étend à l'esprit que Frankl appelle : « la *noésis* » (Sarfati, 2018, p. 62).

4.2 Les postulats de base de la logothérapie

La logothérapie suppose ainsi, une anthropologie distincte de la dimension psychosomatique (axe horizontal de déterminisme) qui caractérise la psychanalyse de Freud et Adler. Elle y ajoute l'axe vertical de la « *noésis* », du libre arbitre.

La logothérapie affirme deux caractéristiques spécifiquement humaines :

- L'auto-transcendance c'est-à-dire l'aptitude de l'être humain à se dépasser, à chercher au-delà de lui-même ce qui justifie son projet de vie.
- L'auto-distanciation qui désigne cette qualité qui consiste à prendre du recul par rapport aux situations, pour laquelle le recours à l'humour peut être une aide efficace.

Elle postule ainsi la liberté de volonté qui permet à chaque personne de se décider en toute liberté contre n'importe quelle norme, culture, socialisation. En effet, l'idée émise est que la conscience est plus qu'une simple soumission à un sur-moi déterminé par la socialisation. A cette liberté de volonté, la logothérapie définit comme prérequis de base pour chaque personne, la volonté de sens qui constitue l'identification pour chaque personne de ses raisons de vivre. Enfin, cette volonté de sens nécessite un horizon que chaque personne détermine pour elle-même et qui constitue le sens de la vie. Cette quête est indissociable de la finitude caractérisée par la condition humaine. Or la conscience de cette finitude renvoie chaque personne à « la triade tragique » de l'existence, constituée par la souffrance, la culpabilité et la mort. La recherche du sens de sa vie, s'inscrit à l'aune de ces épreuves ou de la conscience de ces épreuves (Lukas, 2004 ; Sarfati, 2009).

5 Vignette clinique : Jean

5.1 Présentation de Jean et contexte de vie

Né en septembre 1959, il a 54 ans quand nous le voyons la première fois, en 2013.

Marié, il a deux filles jumelles nées en 1990, l'une d'elle est devenue fleuriste et travaille. L'autre a fait deux apprentissages (cuisinière puis pâtissière-confiseuse), alors en chômage.

Jean a travaillé comme indépendant dans le bâtiment, réfection de logements, touchant à tous les corps de métier (sauf le sanitaire), fier des cuisines qu'il crée. Lorsqu'il vient nous consulter en décembre, il se trouvait en incapacité de travail depuis janvier.

Son épouse est coiffeuse indépendante dans son propre salon. Elle est inquiète de l'évolution de la santé de son mari, malgré tout son soutien actif.

Jean prend des anxiolytiques depuis trois mois, prescrits par son médecin traitant. Il manifeste des troubles anxieux paniques avec symptômes somatiques gênants : tachycardie et « endormissements des bras », sentiment de mourir.

Des symptômes de dépression majeure avec troubles du sommeil accompagnent le tableau. Enfin, les antécédents psychiatriques de son père souffrant d'alcoolisme, entraînant le divorce du couple parental, la faillite et la perte de la maison familiale, constituent des souvenirs d'enfance malheureuse.

Nous posons un diagnostic d'épisode dépressif sévère, avec idéation suicidaire, selon la Classification Internationale des Maladies CIM-10 : F32.2. Se rajoute, des problèmes de tabagie et consommation à risque et parfois excessive d'alcool. Il se plaint en outre d'un épuisement professionnel.

Jean a une sœur mariée, dont le mari est décédé des suites d'un infarctus à l'âge de 46 ans en 2012. « C'était plus qu'un ami, un confident. Il habitait le même immeuble, l'appartement du dessus. » raconte-il. Il s'agit donc d'une perte douloureuse. Il avait également entretenu des relations amicales avec un autre beau-frère qui lui aussi décède à 56 ans, en 2012. Avant ces deux deuils, Jean lui-même avait été suivi pour un mélanome en 2011-2012 qui lui causa beaucoup d'inquiétudes.

Nous faisons l'hypothèse d'une prise de conscience de sa propre finitude à l'instar de ses deux beaux-frères, et la découverte d'un cancer chez lui, ce qui est très anxiogène.

Son père avait été quinquaiiller, mais il avait fait faillite, aux dires du patient parce qu'il « festoyait de trop et qu'il se servait dans la caisse ». Il est décédé en 1993, suite à un accident de ski.

Cela permet de souligner que le père savait s'occuper à autre chose qu'à boire et s'amuser. Jean, au décès de son père, a 33 ans. Les parents de Jean ont divorcé lorsqu'il avait 20 ans. Le fils avait alors fait le choix de rester avec son père, parce qu'il voulait le « surveiller » pour qu'il ne mette pas le feu à la maison et qu'il ne se laisse pas trop aller. Cela durera 6 ans. Malgré cela, le fils ne pourra pas « empêcher la faillite » ni la perte de la maison familiale, un chalet de 200 ans, qui sera vendu pour payer les dettes de jeu du père.

Grande désillusion.

Jean est alors parti en Algérie, mais a dû rentrer parce qu'il souffrait d'une hépatite. Il retrouve du travail et se met à son compte en 1990. Cela correspond à la naissance des filles.

Son objectif est d'économiser de l'argent pour ses filles et pour racheter le chalet familial, ce qu'il fait ! Ce sont ses deux principales motivations qui donnent un sens à sa vie.

Sa mère vit toujours, mais fâchée avec sa fille, la sœur de Jean. Lui-même entretient des relations avec sa sœur et avec sa mère. La mère a fait une dépression grave après

la séparation avec le père. Elle est dépendante de l'Assurance Invalidité. Elle est soucieuse, maniaque, comme moi, dit Jean.

5.2 Suivi thérapeutique et éléments saillants

Jean est très introverti. Il parle peu. L'alliance thérapeutique se met en place très lentement. Jean semble très déprimé et très en colère, contre la société, car son assurance perte de gain lui signifie la fin prochaine de cette aide financière. Il se souvient de son père avec le sentiment que personne ne l'avait aidé à s'en sortir. Le sentiment d'une répétition, de reperdre le chalet qu'il a acquis et restauré, malgré tout le travail et tous les efforts consentis par lui-même est très présent. Il semble prisonnier de l'idée d'un déterminisme inexorable.

Il raconte ses journées de douze heures de travail, dimanches compris, pour restaurer son chalet. Il raconte la tentative de suicide de son père quand lui-même avait 16 ans et la faillite de son père. Il évoque un scénario suicidaire pour lui-même et finit par accepter d'augmenter sa dose d'antidépresseur proposée en conséquence par la psychiatre. Compte-tenu de ses problèmes somatiques associés, qui l'empêchent de travailler, il accepte d'adresser une demande d'aide auprès de l'assurance invalidité. Il s'engage à ne pas attenter à sa vie et essaie doucement d'apprendre à prendre soin de lui. Alors qu'il commence à se sentir mieux, nous pouvons aborder sa propre consommation d'alcool. Il n'imagine pas une abstinence totale, mais renonce aux alcools forts et s'engage à une consommation contrôlée. Il reprend une activité sportive et s'implique dans les relations avec ses proches.

Cependant, la peur de perdre le chalet familial alimente ses ruminations et son anxiété. Ce chalet n'a pas qu'une dimension matérielle mais revêt une dimension bien plus importante puisqu'il matérialise « une forme de restauration » pour échapper à la « honte » de la faillite. Il constitue aussi une valeur esthétique et historique. Dans cette situation, la dimension noétique qui donne sens se situe dans « la possibilité de transmettre » ce chalet familial.

L'été, il reprendra contact avec une tante, sœur de son père qu'il n'avait pas revue depuis longtemps et qui habite en Italie. Il y passera ses vacances d'été avec son épouse. A ce moment, il se montre capable de renouer avec sa propre histoire.

En septembre nous essayons de travailler sur ses valeurs. Pour Jean, les plus importantes sont la tolérance, la fiabilité, l'autonomie, la poursuite d'un but et la solitude. Si ces valeurs l'ont aidé jusqu'ici, l'idée de se retrouver dans une situation qui ressemble à celle de son père fait écho en lui. Quel but Jean pouvait-il encore poursuivre ? Alors se révèle ce qui fera Sens pour lui : que veut-il mettre en œuvre pour ne pas perdre le chalet ?

Jean attache encore de l'importance à la justice, la serviabilité, la loyauté, l'honnêteté, le réalisme, l'amour reçu, le savoir-faire, le travail. Il se voit là aussi en difficulté car l'une de ses filles se retrouve au chômage et la seconde ne travaille qu'à mi-temps. Cela malgré leur savoir-faire, l'honnêteté, l'amour reçu et la serviabilité. Que pouvait-il encore mettre en œuvre pour ses filles ? Malgré son sentiment d'impuissance et son

inquiétude vis-à-vis d'elles ? Qu'est-ce qui dans son inquiétude empêchait ses filles de prendre leurs responsabilités propres ?

Dans le travail sur ses valeurs, Jean nomme ce qui n'est pas important pour lui : le savoir, la passion, l'excitation, la réussite, la richesse, le pouvoir, l'authenticité, l'engagement, le changement, le développement, la spiritualité. Découvrir qu'il pourrait être important de prendre en compte ce qu'il avait négligé et réaliser que malgré les valeurs qu'il avait mises en œuvre dans son existence, il se retrouvait à l'instar de son père « en faillite » professionnelle et personnelle fut très douloureux.

Pendant tout le mois suivant, il ne viendra plus aux rendez-vous. Il n'a pas d'agenda, et reconnaît ses problèmes cognitifs (mémoire, attention, concentration). Il se plaint de son humeur très labile. Enfin, il reconnaît sa difficulté avec l'alcool qui s'est aggravée. Avec la réapparition d'idéations suicidaires, il acceptera une hospitalisation pour un sevrage. Ce fut dira-t-il plus tard, le meilleur moment de son existence ! Une expérience de prise en charge totale, de nursing et d'un groupe porteur, dont il dira avoir appris beaucoup de choses, notamment la solidarité et l'authenticité. Cette authenticité dont il avait dit que ce n'était pas important, a pu être expérimentée. Jean a accepté durant son hospitalisation une abstinence alcoolique et est décidé par la suite de faire usage d'une consommation contrôlée.

A partir de là, ses problèmes personnels peuvent être abordés plus librement. L'alliance thérapeutique se renforce. Au printemps 2015, il prendra du plaisir à jardiner à son chalet et découvre une joie de vivre qu'il n'avait jamais connue, selon ses dires. Il prend en charge ses problèmes somatiques : consulte le pneumologue, le physiothérapeute, le rhumatologue, le gastro-entérologue. Fin 2015, il participera à un programme de réinsertion où il pourra effectuer un stage en entreprise et une formation avec des cours en bureautique, pour une activité d'intégration en lien avec la vente. Il retrouve confiance et imagine une autre vie possible. Il pourra être « employé » à 40% dans une activité d'insertion, dans le cadre de l'activité indépendante de sa fille fleuriste qui se lance dans une activité à son compte en 2016. Cette activité prend tout son sens car il peut se situer dans la transmission de son expérience d'indépendant et soutenir l'installation du commerce de sa fille.

Par la suite, il obtiendra une reconnaissance d'incapacité de travailler de la part de l'assurance invalidité. Celle-ci apaisera la colère éprouvée face à un sentiment de non-reconnaissance de ses problèmes qui faisaient écho aux difficultés de son père. L'engagement auprès de sa fille va dans le sens d'une restauration des liens familiaux et d'une logique d'entreprise autonome dans un cadre où la solidarité intergénérationnelle est reconnue et opérante. En effet, la mère de Jean, soutient également le projet de sa petite-fille financièrement. Cela participe à un réel rétablissement qui permet un détachement de l'idée de la répétition de la perte, telle qu'il l'avait éprouvée, jeune adulte quand sa famille semblait tout perdre. Il peut vivre autrement, sortir des déterminismes, en reconnaissant ses vulnérabilités « je réalise qu'on est peu de chose » dira-t-il.

5.3 Evolution

Jusqu'en 2018, fin du suivi, l'évolution est positive avec une consolidation effective du rétablissement.

6 Conclusion

Les quatre dimensions du rétablissement peuvent servir de guide pour l'élaboration de notre analyse clinique. Ainsi, dans la perspective du Rétablissement la vignette clinique de Jean montre la valorisation de transformations orientées vers un devenir et l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie de la personne, sans recherche de « normalisation ».

La logothérapie offre un paradigme d'ancrage pour le rétablissement en s'appuyant sur l'ontologie dimensionnelle de la personne. Chez Jean, nous relevons :

- Une liberté de la volonté, retrouvée avec la question : *que peut-il mettre en œuvre pour garder le chalet ?*
- Une prise de conscience de ses limites et l'acceptation de parler de ses deuils, ses peurs, ses difficultés et pertes
- Une volonté de sens, en lien avec le sentiment d'impuissance vécue vis-à-vis de son père, dont il redoute la répétition. Il réalise qu'il peut choisir autrement et sortir de l'idée d'un déterminisme.
- La capacité à se reconnecter à ce qui fait sens dans son être profond « la transmission familiale du chalet » lui permettra de retrouver un pouvoir d'agir et de renouer des relations familiales.
- Un sens de la vie retrouvée grâce à l'accompagnement de sa fille dans son activité et une capacité à se dépasser pour se situer dans la transmission, et l'exercice de sa responsabilité (réparation narcissique par rapport au vécu d'échec face à son père).

7 Bibliographie

- Anthony, William A. (1993), « Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s », *Psychosocial rehabilitation journal*, Vol. 16, No. 4, p. 521-538.
- Deegan, Patricia (1996), « Recovery as a journey of heart », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 19, No. 3, p. 11-23. doi : <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0101301>
- Frankl, Viktor, *Nos raisons de vivre : à l'école du sens de la vie*, Inter Editions, Dunod, Paris, 2009.
- Huguelet, Philippe (2013), « Le rôle des valeurs et du sens de la vie dans le rétablissement des troubles mentaux sévères », *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, Vol. 164, No. 3, p.90-98. doi : <https://doi.org/10.4414/sanp.2013.00135>
- Lukas, Elisabeth, *La logothérapie : théorie et pratique*, Éditions Pierre Téqui, Paris, 2004.
- Provencher, Hélène (2002), « L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques, *Santé mentale au Québec* », Vol. 27, No. 1, *Revue santé mentale au Québec*, Montréal, pp 35-64. doi : 10.7202/014538ar
- Sarfati, Georges-Elia (2009) « Introduction », in Frankl, Viktor, *Nos raisons de vivre : à l'école du sens de la vie*, Inter Editions, Paris, 2009.
- Sarfati, Georges-Elia, *Manuel d'analyse existentielle et de logothérapie*, Dunod, Paris, 2018.