

Quelle appropriation des directions d'institutions hospitalières en matière de spiritualité et/ou de religion?

Représentations, processus d'appropriation et conséquences dans le management : enquête qualitative et exploratoire

Mémoire réalisé par
Serena Buchter

Promotrice
Prof. Isabelle Aujoulat

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée/ Option : méthodes avancées

Notes et légende

Liste des abréviations

- DA pour direction administrative ou générale DA1, DA2, DA3
- DS pour direction de soins DS1, DS2, DS3, DS4, DS5
- DM pour direction médicale DM1, DM2, DM3, DM4, DM5 (certaines d'entre elles cumulent avec la direction administrative)
DMO1 est une direction qui a été d'accord de « tester le premier guide d'entretien ». Elle n'est pas considérée dans la recherche.
- DRH pour direction des ressources humaines (aucun entretien effectué)

Ces abréviations sont suivies d'un nombre qui représentant le code de l'entretien.

DA1 = Directions administratives : code 1.

S/R : spiritualité et/ou religion, spirituel et/ou religieux.

Citation et expressions des interviewés

Lorsque ce sont les propres mots utilisés par les directions, les passages sont en *italique* et entre guillemets : « *italique* ». Les citations de directions sont suivies de leur code et sont en italique. Les citations d'auteurs ne sont pas en italique.

Buchter Serena

Titre du mémoire :

Quelle appropriation des directions d'institutions hospitalières en matière de spiritualité et/ou de religion ?

Représentations, processus d'appropriation et conséquences dans le management : enquête qualitative et exploratoire

Promotrice : Prof. Isabelle Aujoulat

RÉSUMÉ

Aujourd'hui les processus de sécularisation sont quasiment arrivés au terme de l'expropriation du religieux de l'hôpital. Pour autant, une réappropriation du « spirituel » par le monde biomédical est décrite dans la littérature (Jobin G., 2013) : un spirituel qui est redéfini par les corps professionnels des disciplines médicales et soignantes. Cette réappropriation va de pair avec un intérêt grandissant dans les études médicales et soignantes pour le rôle de la spiritualité (versus la religiosité) dans les processus de santé, de coping, de rétablissement, etc., modifiant sensiblement la perception de cette dimension spirituelle et son « apport », pour le système de soins. Ces recherches dans le domaine du spirituel et du religieux en milieu de soins ne portent quasiment jamais sur les directions d'institutions alors que leur rôle est essentiel dans le management et pour le soutien et la pérennisation de tout projet et changements institutionnels.

Cette recherche exploratoire et qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 13 directions hospitalières (administratives, médicales, soignantes) a exploré ce que recouvre la notion d'appropriation de la spiritualité et/ou de la religion pour le contexte hospitalier bruxellois. Les résultats montrent que cette appropriation est moins une appropriation bio-médicale de la spiritualité telle que décrite par Jobin (qui consisterait à faire bénéficier la santé et les soins, d'une pratique et/ou considération de la spiritualité/religion), mais plutôt un souci d'accueil de nouvelles populations dans leur manière de vivre le soin à l'hôpital.

Les responsabilités majeures que les directions hospitalières s'attribuent, se situent au niveau (1) d'une offre de soins « globaux » pour les patients (incluant la reconnaissance de leur autonomie y compris pour ce qui concerne leur spiritualité/religion), (2) d'une exigence d'un « vivre ensemble » pour le personnel hospitalier et (3) de la promotion des valeurs institutionnelles. Notre recherche mentionne d'autres thèmes moins significatifs.

Les processus d'appropriation au sein des directions sont déclenchés principalement par : les changements dans la composition de la population, en particulier l'immigration et la proportion de personnes musulmanes; les exigences des nouvelles générations de professionnels (conditions de travail et épanouissement au travail); les fusions d'hôpitaux. Une relecture régulière de leur pratique sous le prisme de deux valeurs : le respect des personnes et la qualité des soins, dans le cadre d'une conception dite « globale » de l'être humain c'est-à-dire incluant la dimension spirituelle, augmente chez elles l'importance de la dimension spirituelle et/ou religieuse en milieu hospitalier. Elles se confèrent alors une responsabilité pour cette « matière », alors qu'elle n'est pas explicitement nommée dans leur cahier des charges ou attendue explicitement par la patientèle, le personnel ou leurs collègues.

Des différences entre réseau d'institutions publiques et privées émergent particulièrement en ce qui concerne la manière d'envisager la neutralité en milieu de soins (neutralité inhibitrice ou émancipatrice). Malgré l'importance que les directions déclarent pour la spiritualité et/ou la religion dans leur hôpital, elles disent ne pas pouvoir y affecter de priorité ni de moyens pour l'aborder pro-activement.

- Mots-Clés : spiritualité, religion, directions hospitalières, appropriation, management, neutralité, laïcité, besoins spirituels, soins globaux, valeurs, éthique.

Introduction

La recherche est réalisée dans le cadre d'un mémoire en vue de l'obtention du master en santé publique (UCL). La mémorante est infirmière de formation et travaille actuellement au sein du Réseau Santé, Soins et Spiritualités (Institut de recherche Religions, Spiritualités, Culture et Sociétés RSCS de l'UCL).

Ce travail de recherche se veut un jalon exploratoire essayant de saisir ce que recouvre le phénomène d'appropriation de la spiritualité dans le milieu des soins chez les acteurs en poste de direction d'institutions hospitalières à Bruxelles. Il pourrait permettre dans des études ultérieures d'investiguer l'impact d'une « appropriation » ou d'une « non-appropriation » dans les institutions hospitalières ou plus largement dans le milieu des soins en cernant mieux ce que recouvrent ces notions. Certaines références dans la littérature présentent cette nouvelle appropriation comme un inévitable changement dans les institutions sanitaires (Jobin G. , 2013).

Problématique

Aujourd'hui les processus de sécularisation sont quasiment arrivés au terme de l'expropriation du religieux de l'hôpital (Brandt & Besson, 2017). Pour autant, une réappropriation du « spirituel » par le monde biomédical est décrite dans la littérature (Jobin G. , 2013) : un spirituel qui est redéfini par les corps professionnels des disciplines médicales et conceptualisé par ceux-ci. Ces nouvelles définitions ont en commun entre autre : la distinction entre spirituel et religieux, la quête d'harmonie, la recherche du bien-être (Jobin G. , 2017). Cette réappropriation va de pair avec un intérêt grandissant dans les études médicales et soignantes pour le rôle de la spiritualité (versus la religiosité) dans les processus de santé, de coping, de rétablissement, etc. modifiant sensiblement la perception de cette dimension spirituelle et son « apport », pour le système de soins.

Cette évolution des connaissances scientifiques dans la recherche biomédicale nous permet de dire qu'il est pertinent de s'intéresser à la spiritualité dans les milieux des soins dans le cadre de la santé publique. La plupart des indicateurs étudiés montrent cet apport positif. La nette augmentation en nombre de parutions depuis les trois dernières décennies dans la littérature biomédicale sur ce sujet est aussi très significative. Parmi les indicateurs des bénéfices sur la santé ou les soins, sont mis en évidence: une amélioration de la qualité des soins (McMillan, 2016) ; (Newmeyer, 2014), une augmentation des facultés de *coping* (Koenig, 2013) ; (Pargament, 1997) ; (Manning, Leek, & Radina, 2012), une diminution de la mortalité (Lucchetti, Lucchetti, & Koenig, 2011), une amélioration de la qualité de vie (Ali & Marhem, 2015) ; (Mollica & al., 2016), l'apport de facteurs de protection multidimensionnels (Mishra, 2015) ; résultent d'une intégration de la prise en compte de la spiritualité dans les soins. Les études sur

des formes particulières de pratiques spirituelles telles que la méditation, la prière ou d'autres comportements religieux montrent des effets sur la régulation émotionnelle (Cahn & Polich, 2006) ainsi que sur l'activité neurophysiologique (Previc, 2006) ; (Aftanas & Golosheykin, 2005) qui expliqueraient une partie de ces effets sur la santé.

Même si les méthodes de ces études sont discutées dans le milieu scientifique (Hill & Pargament, 2000) ; (Frick, 2006), il n'en reste pas moins que ce sujet n'a de cesse d'interpeller le milieu biomédical qui est tenté de s'approprier les effets d'une pratique spirituelle ou religieuse ou de proposer au sein des institutions sanitaires, d'une manière renouvelée, des pratiques de soins intégrant cette dimension (Jobin G. , 2013).

Les facteurs salutogènes pour la santé publique (Monod S. , 2015), ne sont cependant pas les seuls facteurs qui ont influencé ces deux dernières décennies le système de soins dans son rapport à la S/R. Durant la même période, les difficultés liées aux flux migratoires en Occident ont posé aux institutions de soins des questions de compréhension culturelle et religieuse, tant pour les patients que pour les employés issus de ces populations qui devaient composer avec les différents régimes de laïcité en vigueur (Grimbert, 2015).

Toujours durant cette même période (depuis les années 80), les courants d'humanisation des soins se sont fait connaître et ont abouti à une conceptualisation, tout au moins dans les manuels de soins, d'une attention à la spiritualité des malades. Débutés dans le sillage de Cicely Saunders dans son approche de la *Total Pain* dans les hospices anglais et auparavant par Virginia Henderson (Henderson V. , 1966) après-guerre aux USA élaborant ce qui deviendra la *Théorie des Besoins*, dont les « besoins spirituels » (Buchter, Fontaine, & Piguet, 2016), les concepts des soins « globaux » se sont développés au rythme du développement de la profession infirmière.

Ces différentes mutations liées à la spiritualité dans les milieux sanitaires : du regard intéressé de la médecine, des courants d'humanisation des soins, des mélanges ethno-religieux de populations, de la sécularisation accélérée des institutions hospitalières, sont venues profondément modifier le rapport des institutions de soins avec leurs patients, leurs employés et les pouvoirs publics. Les directions de ces institutions hospitalières ont été et sont à l'interface des mutations, des réformes et de leur application dans les institutions : traduites par des axes stratégiques, des choix financiers, des choix de pratiques médicales, soignantes et paramédicales, de démarches éthiques, managériales etc.

Pourtant les recherches de ces vingt dernières années dans le domaine du spirituel et du religieux en milieu de soins ne portent quasiment jamais sur les directions d'institutions¹.

¹ Une recherche dans Pubmed réalisée en juillet 2017 avec le mot « *Spiritual Care* » (voir définition dans la partie analyse de ce mémoire) et « *Spirit** » produit 1379 résultats dont 253 résultats pertinents pour l'année 2016 et l'année

La position « méso » qui est représentée par le niveau de directions hospitalières nous paraît intéressante à plus d'un titre par rapport à son impact en santé publique. Tout d'abord parce que l'hôpital représente une institution de référence dans l'imaginaire (dimension symbolique), puis parce que sa taille en fait généralement l'acteur principal du paysage des soins d'une localité. La diversité de ses offres condense les expériences médicales et paramédicales en son sein. L'hôpital est ainsi considéré comme emblème, lieu symbolique et « véritable laboratoire de la réforme du secteur public » (Vincent, 2005). Les directions doivent organiser les réformes mais elles sont aussi les instances aptes à soutenir les initiatives locales en leur sein. Leur rôle est essentiel pour le soutien et la pérennisation de tout projet et changement en milieu hospitalier.

Le phénomène d'appropriation, s'il s'opère, ferait entrer dans le champ des responsabilités d'une direction² au minimum une « attention » à la dimension spirituelle : que ce soit celle des patients, celle des employés, ou celle de l'institution elle-même comme système « animé ». Cette attention peut être traduite par des actions - conséquences de l'appropriation. Nous voudrions ainsi par cette étude, dans le cadre d'une faculté de santé publique, mieux cerner les dynamiques de cette appropriation de la spiritualité-religion dans le contexte hospitalier et particulièrement au niveau des directions hospitalières pour en envisager ultérieurement l'impact sur les soins.

Le phénomène d'appropriation est un préalable pour qu'un établissement promeuve une modalité d'intégration de la spiritualité dans les soins sur un continuum:

« avec d'un côté des approches non interventionnistes, basées au minimum sur la simple présence, et d'un autre côté des approches interventionnistes, telles que les psychothérapies intégrant la spiritualité. Entre ces deux pôles, il existe différentes modalités d'accompagnement, allant de l'anamnèse spirituelle aux groupes de paroles en passant par les ateliers d'exercices spirituels ou par l'approche narrative. Ces exemples de modèles d'accompagnement constituent les grandes tendances développées à ce jour dans le monde de la santé. » (Pujol, Jobin, & Béloucif, 2014, p. 82)

Les processus d'institutionnalisation de cette intégration varient selon les pays, notamment selon les formes de régulation politique du religieux dans l'espace public et les institutions de l'État, mais aussi selon le développement de la médecine et la réception clinique des nouvelles études sur ce champ disciplinaire. Ce nouveau champ a suscité des réactions face à des pratiques

2017 (janvier à juin). Parmi ces résultats aucun ne concerne les directions ou les cadres d'institutions de soins. Les recherches publiées concernent principalement:

- L'impact du *Spiritual Care* sur l'état de santé des patients,
- La formation au *Spiritual Care* des étudiants en médecine ou en soins,
- Les représentations du rôle des aumôniers, les représentations des professionnels de la santé pour le *Spiritual Care*,
- Les méthodes et outils d'évaluation de la spiritualité dans les soins.

L'étude relevée se rapprochant le plus des dimensions organisationnelles et des niveaux hiérarchiquement plus élevés, se penche (1.) sur le niveau des dynamiques de groupes (équipes) et (2.) sur les attitudes des cadres intermédiaires (Pirkola, Rantakokko, & Suhonen, 2016).

² Mentionnée ou non dans un cahier des charges par exemple.

qui ressemblaient plus à une « injection » de spiritualité dans les soins, ce qui a suscité des critiques depuis les années 2000 (Jobin G. , 2013). Ces travaux sur l'éthique de l'intégration de la spiritualité dans les soins (Pujol, Jobin, & Béloucif, 2014) présentent les limites et risques de cette intégration (Pujol, et al., 2016).

L'intégration de la spiritualité dans les soins suppose :

1. Une conception de l'homme et une reconnaissance :

La dimension spirituelle serait anthropologique : du fait d'être un « humain » (Jobin G. , 2017). Elle anime le tout de l'homme et chaque humain. Il s'agit alors de reconnaître une dimension constitutive de l'être « humain » : la spiritualité en lien plus ou moins composé avec la religion, qui forme avec les dimensions bio-psycho-sociales un « tout » de l'être humain (Jobin G. , 2013).

« Non réductible à la maladie, les malades restent des personnes à part entière qui cheminent intérieurement au contact de la vulnérabilité et de la finitude. » (Pujol N. , 2017, p. 40)

2. Une visée des soins :

La visée du « bien » de l'homme dans les processus de soins qui considère, au sein de l'imbrication des différentes dimensions habituellement considérées dans les prises en charge une influence généralement positive (mais parfois négative (Zinnbauer, 2013)) de la dimension spirituelle. L'intégration de la spiritualité dans les soins implique une reconnaissance et aboutit à une forme de responsabilité qui elle-même induit des activités ou comportements spécifiques. Cette responsabilité selon Pujol, devrait se porter sur le niveau institutionnel :

« De fait, au lieu de penser la question spirituelle dans le registre soignants/patients, il semble plus adapté de la penser dans le registre institutions/personnes et personnes/personnes. Institutions/personnes parce qu'il est nécessaire que les professionnels de la santé soient également reconnus comme des personnes à part entière qui cheminent intérieurement. » (Pujol N. , 2017, p. 42)

Cette intégration pourrait se traduire en milieu hospitalier par des conséquences dans le management comme par exemple :

- Une culture de la spiritualité en entreprise, *Workplace Spirituality* (Benefiel, Fry, & Geigle, 2014), culture qui entre dans le réseau des institutions de soins aux USA « *Workplace Spirituality in Healthcare* » (Pirkola, Rantakokko, & Suhonen, 2016).
- Des modalités différentes pour l'accès aux patients par les professionnels de l'accompagnement spirituel (applications diverses de la circulaire de Saeger en Belgique) ;
- Des modèles de collaboration promus : multi-pluri ou interdisciplinaire entre professionnels de l'accompagnement spirituel en milieu de soins et professionnels de la

santé (Balboni, Puchalski, & Peteet, 2014) ; (Monod S. , 2013) ; (Rochat, Vollenweider, Rubli, & Odier, 2015) ;

- Une préférence pour une équipe d'accompagnement spirituel a/multi/inter-confessionnelle (Aumônerie inter-religieuse de l'Hôpital d'Avicenne-AP-HP à Paris, Carrefour spirituel aux Clinique St-Luc-UCL à Bruxelles, intervenants en soins spirituels au Québec) ; ou une démarche de recherche pour trouver la meilleure modalité institutionnelle pour les équipes d'accompagnement spirituel en lien avec les équipes de soins (Grand Hôpital de Charleroi, projet de recherche NH 302 (Baude, Lobo, & Mathot, 2018)).
- Une valorisation de l'attention à la dimension spirituelle : inscriptions dans les cahiers des charges pour les professionnels de la santé (Mercadier, 2013) et la valorisation des prestations par les accompagnateurs spirituels (questions salariales, rapports d'activités évalués) ;
- Un espace attribué en milieu hospitalier à la spiritualité (Lanblin, 2016) ;
- Une évaluation des professionnels de la santé aux compétences pour une attention à la spiritualité en milieu de soin, (Büssing, Recchia, Koenig, Baumann, & Frick, 2018) ;
- La gestion de la laïcité en milieu de soins : tolérance locale au port et à l'affichage de signes religieux, gestion des fêtes religieuses, gestion des discours religieux des employés sur le lieu du travail etc. (Grimbert, 2015).
- L'inscription des références spirituelles et leur renforcement dans les chartes, valeurs d'établissement ou philosophies de soins (Graber & Johnson, 2001).
- Les offres pour le soutien spirituel des employés d'institutions de soins : démarches pour favoriser le bien-être spirituel chez le personnel (Mc Millan, 2016) ; organisation de réflexion, moment de ressourcement (Bazan & Dwyen, 1998).

Définitions

L'appropriation

Selon Bourdieu, l'appropriation est « la possibilité ou la capacité à s'approprier un bien (avec la probabilité que certains aient davantage de capacité que d'autres, en fonction de leur capital culturel) » (Poizat, 2012, p. 11). L'appropriation (fréquemment utilisée dans le commerce pour les biens de consommation mais aussi en informatique pour la capacité d'utiliser de nouveaux matériaux) est un concept qui s'applique généralement à un objet qui par un processus d'intériorisation permet à l'individu de le « faire sien » (Serfaty-Garzon, 2003). Des compétences nécessaires pour faire acte d'appropriat sont généralement citées.

L'appropriation du spirituel en milieu de soin

L'approche de Jobin est une approche critique de l'appropriation pointant la réduction du spirituel au langage et aux pratiques biomédicales, une redéfinition interne dans le but de mieux servir la pratique du soin. L'objet « la spiritualité » serait devenu de par sa détraditionnalisation du religieux, la diversité du marché religieux et sa plus grande proximité avec la conception du bien-être, plus apte à l'appropriation bio-médicale (Jobin, 2013).

« (...) un langage "spirituel" propre à la clinique fut forgé pour rendre compte de l'expérience spirituelle en temps de maladie: des concepts tels que « besoin spirituel » et « détresse spirituelle » désignent des états ressentis par certains patients. Les acteurs du soin doivent être en mesure de repérer ces états spirituels et d'assurer leur prise en charge, par des personnes compétentes, au nom d'une conception holistique de la santé, de la maladie et du soin. Ensuite, cet appareil conceptuel s'opérationnalise dans des outils diagnostiques et des propositions concrètes d'intervention spirituelle (Gagnon, Fillion, Girard, Tardif, & Robitaille, 2013). Ces deux premiers exemples illustrent ce que je désigne par « appropriation biomédicale » (Jobin G. , 2016, p. 34)

La spiritualité en milieu de soins

Il n'y a pas une définition de la spiritualité en milieu de soins, mais des définitions qui dépendent du contexte de soins (définition en soins palliatifs, en maternité, en psychiatrie), des contextes historiques plus ou moins sécularisés (régime de laïcité en vigueur). Les personnes bénéficiant de soins la définissent également selon leur histoire et leur origine. Ceci étant dit, des rencontres de groupes d'experts cliniciens et chercheurs ont abouti à des définitions telles que celle du *Global Network for Health and Spirituality* (Puchalski, Vitillo, & Jafari, 2016), définies ainsi après un laborieux travail de consensus international :

« Spirituality is a dynamic and intrinsic aspect of humanity through which persons seek ultimate meaning, purpose, and transcendence, and experience relationship to self, family, others, community, society, nature, and the significant or sacred. Spirituality is expressed through beliefs, values, traditions, and practices. » (Puchalski, Vitillo, Hull, & Raller, 2014, p. 646)

En général, les articles de références pour définir la spiritualité en milieu de soins reprennent tout d'abord la définition de l'OMS de 1946 qui ne la mentionne pas mais parle de la santé comme état de « complet bien-être physique, psychique et social ». Puis en 2005, la Charte de Bangkok de l'OMS, qui définit les mesures et les engagements nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé par la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, mentionne dans son préambule:

« L'Organisation des Nations Unies reconnaît que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans discrimination. La promotion de la santé repose sur ce droit de l'homme essentiel et offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel. » (Charte de Bangkok, 2005)

Ces définitions rejoignent celles des manuels étudiés par Jobin. Il y décrit un système de références en vase clos dans la littérature médicale et soignante ainsi qu'une conceptualisation régulée autour de la notion de bien-être.

« La régulation biomédicale pose le bien-être spirituel comme la clé de voute de l'appareil conceptuel clinique. Les concepts cliniques de « besoin spirituel » et de « détresse spirituelle », évoqués plus haut, s'appuient sur cet idéal du bien-être pour identifier les expériences spirituelles qui s'en éloignent jusqu'au point où une intervention est jugée nécessaire. » (Jobin G. , 2016, p. 35)

La culture des soins palliatifs a très majoritairement développé les références à la spiritualité dans les soins (voir la définition de 1990 des soins palliatifs de l'OMS).

La spiritualité comme mouvement d'existence du sujet

Au vu des difficultés à distinguer les concepts de bien-être et spiritualité dès lors que la santé est décrite par les plus grandes instances internationales comme « état de complet bien-être », nous proposons d'élargir la définition de la spiritualité en milieu de soins dans ce travail à la définition de Jacquemin (Jacquemin, 2010, p. 208)³ ; qui la décrit comme le mouvement d'existence du sujet humain, composé : « de quatre dimensions intrinsèquement liées et en constante interaction : le corps, la dimension psychique, la dimensions éthique comme visée du bien pour la vie et la dimension religieuse/transcendance pour certains ». Cette définition nous permettra d'élargir la lecture des entretiens à une dynamique d'existence, qu'elle intègre ou non le vécu à l'aune du bien-être. Cette définition peut aussi s'appliquer à une institution comme corps institutionnel « animé » déployant sa dimension éthique, son impact émotionnel et son éventuel rattachement à une culture religieuse.

La religion et la religiosité

Nous prendrons ici la définition par Saroglou dans « Spiritualité moderne », article faisant le point sur le fait religieux et la spiritualité contemporaine en Belgique en 2003 :

« La religion est définie de manière opérationnelle par la coprésence et l'intégration dans un tout harmonieux de cinq composantes essentielles : rituel, communauté, règles éthiques spécifiques, doctrines et croyances, aspects émotionnels. » (Saroglou V. , 2003, p. 473)

La religiosité est l'intensité de la pratique d'une religion dans les cinq composantes décrites.

Saroglou la décrit comme : « (...) les différences individuelles au niveau de l'intérêt pour et/ou de l'implication dans la religion. » (Saroglou, Kaelen, & Bègue, 2015, p. 16).

Méthode

Rappel des objectifs de la recherche et des résultats attendus

Objectif 1. La recherche veut explorer ce que pourrait recouvrir la notion d'appropriation de la spiritualité dans les soins en milieu hospitalier par les directions des établissements hospitaliers (Bruxelles).

³ Repris plus amplement dans le manuel de Soins Palliatifs de 2014 (Jacquemin & De Broucker, 2014, p. 126).

Objectif 2. Parmi les acteurs des directions d'établissements hospitaliers, la recherche veut explorer comment le processus d'appropriation s'opère et au contact de quelles réalités l'appropriation peut être facilitée ou limitée (facteurs et déterminants).

Objectif 3. Quels sont les conséquences de cette appropriation dans leur management, selon ces directions ?

Les résultats attendus sont :

1. les représentations de l'appropriation « du spirituel » au sein du management hospitalier en qualité de directrice-directeur :
 - En quoi cela concerne-t-il leurs responsabilités ?;
2. le/les processus d'appropriation :
 - Comment un rôle (une responsabilité), par rapport à cette dimension spirituelle en milieu hospitalier, se construit-il ?;
3. les conséquences, selon les directions, de cette appropriation :
 - Qu'est-ce que cela change à leur management ?;
4. les liens entre représentations, processus d'appropriation et conséquences de l'appropriation :
 - Quelles modélisations-théorisations d'un phénomène central peut lier ces composantes explorées ? (ou de plusieurs phénomènes centraux).

Collecte des données

La méthode qualitative de recueil des données a été réalisée par enquête au moyen d'entretiens semi-directifs menés entre février et juin 2018 auprès des personnes en poste de directions dans les hôpitaux de Bruxelles (N13) des réseaux publics et privés⁴.

La collecte de données s'est déroulée en deux temps :

Temps 1 : Une enquête par entretiens semi-directifs avec une méthode d'analyse thématique inductive, sans thèmes prédéfinis (huit entretiens entre janvier et mars 2018).

Temps 2 : Pour les cinq entretiens suivants (mai-juin 2018), le recueil des données a aussi été réalisé sur base d'entretiens semi-directifs, mais la méthodologie par théorisation ancrée a été utilisée faisant varier les questions et les choix d'échantillonnages au fur et à mesure de chacune des analyses d'entretien. Ce deuxième temps a permis de valider les premiers résultats et de faire émerger les concepts médiateurs du processus d'appropriation.

⁴ Privés au sens belge du terme pour les hôpitaux c'est-à-dire de tradition confessionnelle et géré par une association à but non lucratif (ASBL). De fait, en Belgique, les hôpitaux ne peuvent être gouvernés par des actionnaires en vue d'un but lucratif. La dénomination « privé » ne recouvre donc pas une gestion telle mais une gestion via une ASBL, contrairement aux hôpitaux publics qui sont gérés par le CPAS (Centre d'action sociale) ou l'intercommunale. Historiquement tous les hôpitaux appartenant à des congrégations religieuses sont devenus aujourd'hui des hôpitaux privés, ainsi que les hôpitaux bâtis sous l'impulsion des universités catholiques.

Les guides d'entretiens comportaient en moyenne 4-5 questions ouvertes⁵ pour le Temps 1 et pour le Temps 2 en moyenne quatre questions mêlaient validation et affinement des données du Temps 1, puis 4 questions ouvertes centrées sur le phénomène d'appropriation selon les réponses précédentes⁶. Les entretiens ont tous été enregistrés et transcrits intégralement⁷. Un document DIC était signé mentionnant l'anonymat de la personne interviewée et de son institution, ainsi que la destruction des bandes sonores après la transcription et la destination de l'utilisation des données. En moyenne les entretiens ont duré entre une fois et demi à deux fois la durée de temps annoncée (25 minutes). La dernière question « *qu'est-ce qui vous semble important et que vous n'avez pas pu évoquer durant l'entretien ?* » a suscité des moments de prolongations. La discussion une fois l'entretien de recherche terminé et l'enregistreur éteint se prolongeait d'environ 12 minutes en moyenne sur le même sujet portant à environ 50 minutes la durée moyenne des rencontres avec les directions.

Recrutement

Une lettre⁸ a été envoyée aux différentes directions par courrier postal à tous les hôpitaux généraux de Bruxelles-Capitale en janvier 2018, ce qui représente 47 directions contactées : direction médicale, des soins, administrative (couplée ou non avec la direction générale), direction des ressources humaines. La fusion de 4 sites hospitaliers en un nouveau grand centre hospitalier (CHIREC) durant la même période a réduit à 38 le nombre de directions en activité. Nous avons reçu 9 réponses positives acceptant l'entretien suite au premier courrier (3 directions administratives, 4 directions des soins, 2 directions médicales, 0 directions des ressources humaines). Deux directions (1 administrative et 1 des ressources humaines) ont décliné suite à une vacance de poste et une direction administrative ayant accepté l'entretien a dû décliner le jour-même pour une gestion urgente. La première sollicitation à cette recherche a donc mené à 8 entretiens effectifs, d'une moyenne de 41 minutes, sur 36 directions sollicitées qui auraient pu y répondre. La deuxième sollicitation, à nouveau par courrier postal en mai 2018 aux directions non-répondantes, a mené à 5 entretiens supplémentaires. Au total, l'envoi des courriers en deux temps aux 36 directions qui auraient pu y répondre porte à 0.36 le taux de direction ayant répondu favorablement à la sollicitation. Aucune direction des ressources humaines n'a répondu positivement aux deux sollicitations. En général, une direction par établissement a répondu favorablement. Les établissements du réseau public ont répondu majoritairement (N9) par rapport

⁵ Cf. annexe Guide d'entretien. Le guide d'entretien a été testé et légèrement adapté par une direction volontaire qui ne participait pas à la recherche.

⁶ Cf. annexe Guide d'entretien Temps 2

⁷ Pour des raisons de respects de l'anonymat des directions les transcriptions ne peuvent figurer en annexe.

⁸ Cf. annexe Lettre de sollicitation 1.

aux établissements dans le réseau privé (N4). A noter que certains hôpitaux publics étaient jusqu'à peu des établissements privés qui suite à des fusions récentes ont changé de réseau, complexifiant ainsi l'analyse des données.

Répartition par discipline des répondants:

- Direction administrative/générale de formation non médicale : 3
- Direction administrative/générale de formation médicale : 1
- Direction médicale : 4
- Direction des soins : 5
- Direction des ressources humaines : 0

Echantillon

L'échantillon présente une certaine homogénéité : la position de dirigeant dans le secteur hospitalier bruxellois. Il présente deux types de diversités principales : l'inclusion de quatre disciplines différentes (médecine, soin, gestion administrative et gestion des ressources humaines) et le réseau d'appartenance des institutions (public ou privé). A cette diversité pourrait s'ajouter la considération pour la localisation des hôpitaux (zones privilégiées par exemple versus quartiers défavorisés) ce qui n'a pas été fait pour l'analyse car les données pour l'avérer étaient trop complexes à établir.

L'échantillon a été jugé complet lorsque la saturation des données a été atteinte. Pour les représentations et conséquences de l'appropriation, la saturation était atteinte après 8 entretiens et pour le processus d'appropriation les 5 entretiens suivants.

La stratégie d'échantillonnage a suivi la logique suivante :

- se porter sur une réalité urbaine avec des populations aux configurations spirituelles et religieuses très diverses et en mutation (Stolz, 2015). Ces changements peuvent potentiellement susciter un questionnement des pratiques managériales ;
- trouver une délimitation territoriale qui puisse offrir des répondants en suffisance pour la recherche qui soient confrontés à des problématiques assez similaires (critère d'homogénéité) ;
- être réalisable dans le temps et pour les déplacements de la chercheuse (critère de convenance) ;
- offrir une diversité disciplinaire (discipline médicale, soignante, management). Les travaux de Guy Jobin (Jobin G. , 2013) ; (Jobin G. , 2013), nous incitent à un choix d'échantillonnage qui puisse mettre en évidence des différences disciplinaires. Son apport sur l'appropriation disciplinaire du champ de la religion et de la spiritualité par le monde biomédical montre une diversité disciplinaire dans l'appropriation du phénomène

« spiritualité » et une certaine homogénéité au sein des disciplines (médicales, soignantes, sociales, psychologiques).

Critères d'inclusion

- Les hôpitaux bruxellois offrant plusieurs spécialités médicales (éventail le plus large possible des difficultés-diversités rencontrées sur le terrain). Les hôpitaux mono-spécialités (p.ex. hôpital psychiatrique) auraient été inclus au besoin dans un 2^{ème} temps si nécessaire si les répondants n'avaient pas été en nombre suffisants.
- Les personnes ayant le rôle de directeur·trice adjoint·e d'un hôpital (selon la discipline) ont été incluses.
- Les directions ne déclarant aucun intérêt pour la question mais acceptant l'entretien.
- Les directions ayant déjà une collaboration active avec le Réseau Santé, Soins et Spiritualités et qui connaissaient déjà la chercheuse (celles-ci seront mentionnées comme ayant une collaboration active avec le Réseau). Cela n'a pas été le cas pour cette recherche.

Critères d'exclusion

- Dans un premier temps, les directions d'hôpitaux mono-spécialisés (p.ex. uniquement psychiatrie, neurologie, etc., le critère aurait été réévalué selon le nombre de répondants).
- Les personnes qui ne sont plus en fonction ou retraitée, depuis plus de deux ans.

Les interviews ont toutes été réalisées individuellement. Les propositions de rencontrer les directions lors de leur réunion commune ont été évitées, car elles ne pouvaient pas remplir les conditions similaires dans les autres lieux, ni déterminer des aspects disciplinaires distincts. Cependant la proposition d'un feed-back en commun sera privilégiée pour des raisons de facilité et pour l'intérêt de la mise en commun à ce moment-là.

Méthode d'analyse

TEMPS 1 : L'analyse thématique inductive

Pour la première étape (Temps 1), sur le corpus des huit premiers entretiens, une analyse thématique inductive, sans thèmes prédéfinis, a été réalisée. Cette démarche de thématisation continue à utiliser les mêmes premières étapes que celles décrites par l'analyse par théorisation ancrée (Paillé, 1994) en restant dans une approche descriptive. La catégorisation descriptive des thèmes n'a pas pu aboutir aux résultats espérés pour la compréhension des processus d'appropriation. La chercheuse s'est alors arrêtée et a réalisé une analyse descriptive des thèmes évoqués en lien avec les conséquences sur le management et s'est penchée par la suite sur la compréhension du processus d'appropriation (Temps 2).

Temps 2 : L'analyse par théorisation ancrée

Deux mois plus tard, un rappel⁹ a été envoyé par courrier et email aux non-répondants, mentionnant que les résultats préliminaires auprès des premiers répondants devraient être affinés et les sollicitant à nouveau pour un entretien. Le but était d'approfondir les potentiels « phénomènes » permettant de comprendre le processus d'appropriation.

L'analyse par théorisation ancrée a été utilisée pour la deuxième série d'entretiens, en faisant varier les questions d'entretiens¹⁰ et l'échantillonnage afin de mieux comprendre le processus d'appropriation. Aucune direction des ressources humaines n'ayant répondu favorablement, une question a été posée aux autres directions par rapport à cette absence de répondants. Cela a permis de récolter leur interprétation, qui n'a malheureusement pas pu être validée auprès des directions des ressources humaines.

L'analyse des indices langagiers¹¹

Elle s'est traduite par la mise en évidence dans les entretiens, tout au long de la recherche : de champ sémantique, d'expressions récurrentes, de forme de langage passif ou actif et des négations, de contenus exprimés facilement ou difficilement, ainsi qu'aux attitudes consignées après chaque entretien (posture de la personne interviewée, sureté dans l'expression, etc.). Cette analyse a permis d'identifier quelques lieux communs (expressions-types, difficultés, etc.) et quelques marques de différenciation (entre privé et public, entre disciplines, etc.). Mais surtout l'analyse des indices langagiers utilisée et les étonnements que certains résultats de cette analyse ont indiqués, ont offert des pistes conceptuelles qui ont renforcé encore plus cette attention au langage dans le Temps 2. Ces pistes se retrouvent dans les questions d'approfondissements de la deuxième série d'entretiens.

L'analyse de la temporalité dans l'évocation des thèmes

Les thèmes évoqués ont été classés par ordre d'apparition dans le temps de l'entretien et comparés pour tous les entretiens par discipline et réseau (privé/public).¹² La chercheuse ne s'est pas basée sur une méthode particulière mais a simplement répertorié la chronologie durant l'entretien de l'apparition des thèmes majeurs. C'est une manière d'aborder le matériel qui permettait d'objectiver ce qui se dit spontanément ou plus rapidement dans l'entretien et ce qui se dit après un temps de discussion-réflexion (celui de l'entretien). Les questions ouvertes de

⁹Cf annexe Lettre de sollicitation TEMPS 2

¹⁰ Cf. annexe Guide d'entretien TEMPS 2

¹¹ L'analyse des indices langagiers suit les méthodes enseignées dans le cadre du cours « entretien compréhensif et récit de vie » par la Prof. Marie Verhoeven, en faculté de sociologie à l'UCLouvain. Elles ne sont pas actuellement publiées. Ces stratégies d'analyse se réfèrent principalement à l'œuvre de Bertaux (Bertaux, 1997).

¹² Cf. annexe Tableaux de répartition des thèmes selon la chronologie.

l'entretien ne focalisant pas sur un aspect de la représentation de la spiritualité (éthique, valeurs, culte, etc.) mais plutôt sur des modes de responsabilisation (se sentir concerné, avoir une responsabilité, voir les conséquences du management, etc.) : les thèmes pouvaient surgir à n'importe quel moment de l'entretien du Temps 1. Dès lors, le moment où ils apparaissaient pouvait potentiellement « dire quelque chose » des représentations et des facilités à exprimer ces thèmes. Les présupposés de cette méthode seront évoqués dans l'analyse et ont émergé de l'analyse (hypothèses issues des données).

Stratégie de validation des données

La stratégie de validation des données a été réalisée lors des entretiens du Temps 2, elle a consisté à valider les résultats précédents et voir si les directions avaient des choses à rajouter ou préciser par rapport à ceux-ci, ainsi qu'à exprimer leur étonnement face à certains résultats. Lors du Temps 2, le processus était itératif et le recueil de données a fait évoluer le guide d'entretien après l'analyse de chacun d'eux. Lors des deux derniers entretiens le « processus d'appropriation » issu des données a été soumis à validation des deux directions et a permis de conclure la récolte de données.

Saturation des données

La saturation descriptive des thèmes a pu déjà être atteinte à la fin des huit entretiens pour ce qui concerne la représentation des domaines d'appropriation par les directions et des conséquences sur leur management. Par contre le processus d'appropriation n'a pas pu être suffisamment élaboré pour permettre de le comprendre. La question posée, pour aborder le processus d'appropriation, a permis de dégager quelques facteurs issus du milieu de formation et du milieu professionnel, mais l'analyse de ces facteurs était peu concluante pour comprendre le cœur du processus. Un approfondissement a alors été envisagé dans le cadre d'une relance des entretiens auprès des non-répondants pour affiner les résultats et en aborder des pistes d'interprétation. La saturation des données pour le processus d'appropriation a pu être atteinte après 3 entretiens et les deux derniers ont permis de valider celui-ci.

Définition de la spiritualité et de l'appropriation durant les entretiens

Une option de cette recherche auprès des personnes interviewées a consisté à ne pas leur définir a priori ce que nous entendions par spiritualité, mais les laisser parler spontanément de ce thème avec leurs mots qui permettraient de voir quelles représentations spontanées étaient en jeu et le langage utilisé. Le point faible de cette option aurait pu être de les déstabiliser : ne sachant pas de quel objet exactement ils auraient eu à parler (spiritualité, religion, religiosité). Cela n'a cependant pas suscité de questions préalables de clarification dans les entretiens. Les directions

se sont « lancées » tout de suite dans les réponses aux questions sans sembler nécessiter des clarifications.

Le vocabulaire de l'« appropriation » semblait trop conceptuel pour les questions de recherche posées ainsi qu'une hypothèse encore à vérifier. Il n'a pas été mentionné par la chercheuse durant les entretiens.

Résultats TEMPS 1 - Thèmes évoqués

La première question « Lorsque vous avez reçu cette demande d'entretien : vous êtes-vous senti·e concerné·e par cette question ? » a permis de dégager ce qu'ils ou elles attribuaient le plus spontanément à leur rôle de direction hospitalière. La deuxième qui a été posée était : « *La spiritualité à l'hôpital : est-ce votre « affaire » ou pas « votre affaire » ?* »¹³. Elle a été bien saisie par les directions qui ont toutes répondu avec une attitude de personnes concernées ; par exemple : une posture plutôt engagée, penché en avant vers la chercheuse et un ton assez affirmé, même si les mots devaient être parfois trouvés. Certains ont mentionné le manque « *d'occasion* » (DG1, DS2, DM4, DM5) pour en faire état. Puis il était demandé aux directions de traduire cette responsabilité en conséquences sur leur management, enfin de différencier entre leur responsabilité et celles de leurs employés pour ce thème général : « spiritualité à l'hôpital ». Une dernière question a été ajoutée lors de certains entretiens pour décrire ce qu'ils percevaient comme étant « *l'esprit de votre établissement* ». En conclusion, les directions pouvaient ajouter des aspects importants qu'ils n'auraient pu évoquer durant l'entretien. Les résultats présentés ici sont les réponses récoltées via ces différentes questions posées. Ces thèmes évoqués pourraient constituer la fin de la phrase suivante : « mon affaire c'est ... » :

1.¹⁴ L'accueil de tous, l'ouverture

1.1.1 Par le respect de la neutralité (par le personnel de l'établissement pour les patients)

1.1.2. Par le charisme (catholique) d'hospitalité

1.2. L'accès aux cultes

1.3. L'espace pour le spirituel/religieux et les temps religieux

2. Les valeurs institutionnelles

3. Les soins globaux (y compris les « besoins » spirituels du patient)

4. La réflexion éthique

¹³ Cf. annexe Guide d'entretien Temps 1.

¹⁴ La numérotation des thèmes n'est pas le reflet d'une priorité, ni le reflet de l'apparition du thème dans la chronologie des entretiens. Cette chronologie était en effet différente d'une direction à l'autre et plutôt liée à une approche disciplinaire telle qu'elle sera discutée dans l'analyse. Les formulations utilisées pour catégoriser ces thèmes sont ceux de la chercheuse.

5. Le leadership « personnalisé » articulé à la coopération, la solidarité
6. Le bien-être et la diminution de « l'anxiogène »

1. L'accueil de tous, l'ouverture

1.1.1 par le respect de la neutralité (par le personnel de l'établissement pour les patients)

Langage utilisé : Principalement « la neutralité », le plus souvent exprimé par le « respect de la neutralité », « être neutre », qui vise l'attitude du personnel par rapport aux patients, ou de l'établissement par rapport à la population. Chaque direction l'a évoqué durant l'entretien avec ces mots et avec clarté.

Les directions qui vont le plus loin dans une demande de neutralité de la part de leur personnel (et d'eux-mêmes), jusqu'à parler d'un « *serment de neutralité* » DA1 ou d'un « *devoir de neutralité* » DS1, appartiennent au réseau public.

1.1.2. Par le charisme (catholique) d'hospitalité

Cet « ADN » DA3, est inscrite dans l'identité historique des établissements privés. Cette hospitalité (le mot hospitalité n'est jamais utilisé mais « *accueil* » ou « *ouverture* ») selon les directions des établissements privés, reconnaît explicitement une place à la dimension spirituelle du vécu dans la période de souffrance. Les établissements du privé entretiennent par rapport à la neutralité un rapport plus complexe et en tension avec l'expression de leur identité :

« ... qu'ils se sentent bien accueillis dans notre institution tout en gardant notre identité » » DM1 (en référence à la population musulmane dans un hôpital du secteur privé)

« ... et que maintenant, il y a des trucs où à la limite c'est... par notre tolérance on s'est peut-être trop effacé et donc ... Là non, il faut être tolérant par rapport aux autres et il faut aussi être tolérant par rapport à nous. » DS2

Ces établissements privés explicitent comment ils essaient d'allier leur héritage historique et charismatique avec la neutralité d'établissements dédiés à une population ne partageant plus forcément leur culture historique et religieuse. La modalité de cet accueil est source de créativité dans les pratiques d'accompagnement pastoral, car la pastorale de la santé (les aumôneries) a dû changer certaines de ses pratiques. Ces changements sont tous mentionnés par les directions d'établissements privés (manière d'aborder les patients d'une autre confession, place et rôle dans l'hôpital, changement de profil des accompagnateurs, etc.).

Les mots *neutre-neutralité* forment le champ sémantique le plus proche de l'évocation de la spiritualité durant les entretiens en général : ce sont les mots les plus rapidement et spontanément évoqués lorsqu'il leur est demandé de parler de leur responsabilité tout autant que lorsque leur est demandé quel est « l'esprit d'établissement », en particulier dans le réseau public.

La neutralité est, pour les établissements publics, la garante de l'ouverture et de l'accueil dans le respect de toutes personnes hospitalisées. Il est intéressant de noter que la catholicité des hôpitaux privés est invoquée comme ferment d'ouverture et d'accueil poussant au respect de toutes personnes accueillies en milieu de soins. Ainsi, il semblerait que l'invocation de la catholicité pour les uns, et de la neutralité pour les autres (public), soient les vecteurs, que chacune des directions invoquent avec fierté dans les propos, pour privilégier le respect, l'accueil et l'ouverture. C'est un résultat frappant de cette recherche car les deux « identités » : catholique et publique, principales caractéristiques de leur différenciation, sont invoquées pour décrire ce qui permet l'accueil, l'ouverture et le respect. Pour les établissements privés, la catholicité est le référentiel d'ouverture (même si des tensions avec leur identité historique sont évoquées par rapport à l'*espace spirituel*¹⁵ et que la tolérance à autrui est parfois vécue comme non-réciproque).

« (sous-entendu la catholicité) ...fait que les gens osent peut-être plus facilement exprimer leurs convictions tout en étant bien conscients que la laïcité était une réalité. » DMI

« ... j'ai été formée dans une école catholique et on faisait les stages dans, je dis, ... la messe qui était diffusée ; dans tous les aspects. Euh... Et que, pour moi, il y a une tolérance et une acceptation. Enfin, pour accepter l'autre il faut une tolérance euh ... » DS2

Pour les tenants du réseau public, la neutralité est le référentiel pour permettre une ouverture. N'offrant pas de visibilité ni de choix d'identité religieuse ou philosophique il permet, selon la grande majorité des directions du secteur public, une non-discrimination.

« Et donc c'est vraiment cette attitude neutre et surtout ouverte qui est fondamentale au sein de notre institution. » DS4

« Parce qu'effectivement, il y en a d'autres qui sont reconnus comme effectivement engagés. Nous, beaucoup plus neutres, avec un respect total de tout le monde mais il n'y a aucune marque de culte nulle part. » DM 2

C'est, avec la réflexion éthique, le thème qui à la fois distingue le plus les deux réseaux et qui donne le plus de fierté aux directions qui se distinguent « des autres ». La question de la discrimination réciproque (entre institutions) est sous-jacente comme ci-après la réaction d'une direction du réseau privé qui réagit suite à la demande de validation des données du Temps 1 sur le thème de l'ouverture dans son versu « *neutralité* » :

« ...et j'ai l'impression que si j'étais dans un hôpital public. Vous ne m'avez pas dit que c'étaient des hôpitaux publics, mais si par exemple j'étais dans un hôpital public : je pense que je veillerais à maintenir les valeurs. C'est pour ça que ça me fait un peu peur justement. Parce que je pense que ça fait partie de toute une tendance euh, d'une partie de la société de stigmatiser le, le, le fait que certains ne sont pas neutres. Donc je trouve que cet hôpital est terriblement ouvert. Et quand on engage, encore régulièrement hein des cadres qui viennent d'autres hôpitaux publics, qui disent « en fait c'est génial parce que c'est beaucoup, beaucoup plus ouvert que le reste ». Et ça j'adore, j'adore. Ce n'est pas

¹⁵ Entendu dans ce mémoire comme lieu de culte, chapelle ou espace de recueillement.

que je me bats pour XXX (le caractère catholique de l'identité de l'institution) XXX. C'est que, qu'il y a une attention à l'humain extraordinaire... » DA3

Les directions affirment leur choix pour l'obédience d'un établissement ou le choix pour le réseau public et expriment des éléments de leur « *P-O fit* »¹⁶ avec fierté.

Conséquences nommées sur le management

Les directrices et directeurs des établissements privés et publics sont les « *garants de la neutralité* » de l'établissement. Avec une inflexion pour les directions du réseau privé qui ont des formules moins « fortes » sur la garantie de neutralité. Elle est un principe dont ils ont à faire respecter le cadre, mais le mettent en perspective, en articulation avec une promotion de la vie spirituelle en leur sein (parfois provoquant des tensions et sujette à remise en question). Dans le réseau public, cela se traduit par : « *stimuler, mettre en œuvre la neutralité* » DS4, mais aussi en rappeler le cadre et parfois « *sévir* » DS4, si des débordements adviennent. Pour tous, l'ouverture et l'accueil de tous demande de respecter la neutralité. Ce respect est invoqué par toutes les directions. Il est traduit :

- par une culture du *vivre ensemble* (formule très abondamment utilisée dans les entretiens) plutôt dirigée vers le personnel hospitalier ;

« Notre responsabilité c'est aussi d'un certain vivre ensemble mais sur une base de neutralité » DS2

« Et au niveau de leurs pratiques de tous les jours, c'est de pouvoir vraiment appliquer dans leurs actions ce serment de neutralité. » DA1

- Par la pratique d'une *écoute* vis-à-vis des patients (respect de leur positionnement éthique et culturel)

« Et cela s'exprime parfois dans euh... la fin de vie, au niveau de la médecine fœtale... On sait qu'il y a une série d'endroits où il y a des choix qui peuvent être parfois structurants pour des ... pour des patients. Et on doit réussir à faire de la bonne médecine et de pouvoir entendre ce que les patients nous demandent. » DA1

« La responsabilité de tout un chacun, ben c'est justement de respecter cette neutralité et cette ouverture et de mettre tout en avant pour que le patient se sente respecté dans ses propres convictions euh... Et certainement dans certaines situations particulières, que le patient puisse vraiment s'exprimer en toute liberté et qu'il se sente euh... Enfin qu'il... Oui qu'il se sente accueilli dans ces expressions-là... » DS2

- la vigilance au port de signes distinctifs.

« ben de pouvoir mettre en place, un carcan ou un périmètre de « comment est-ce que s'exprime éventuellement la spiritualité des membres du personnel ? » » DS2

« la non mise en avant. En tout cas de ne pas faire de prosélytisme en tout cas » DS2

¹⁶ Adéquation personne-organisation (Cable & Judge, 1996)

Le regard porté est celui d'une protection de la vulnérabilité. Aucun aspect positif n'est relevé dans tous les propos sur le port distinctif d'un signe religieux qu'elle que soit la religion.

- La gestion et le travail de réflexion à propos de la place attribuée aux crucifix dans les établissements de confessions catholiques (image symbolique équivalente qui peut être retournée, suppression et gestion des objets après la suppression, remplacement par une autre symbolique, etc.). Tout particulièrement lors de fusion avec d'autres hôpitaux n'ayant pas la même identité, cette gestion se discute avec les équipes de la pastorale de la santé ou selon les organisations avec les directions seules, parfois avec les cadres infirmiers.

1.2. L'organisation des accès aux cultes

Sous bien des aspects cette catégorie pourrait être considérée comme une sous-catégorie du respect de la neutralité : être neutre permet d'assurer aux différents cultes reconnus une représentativité. Elle est cependant considérée comme une catégorie dans ce travail ; en effet elle est évoquée par les directions comme un en-soi de leur responsabilité et cette organisation est plus axée sur l'organisation générale (accessibilité et visibilité) que sur le « *devoir de neutralité* » du personnel. L'organisation des accès aux cultes ainsi que de l'offre des représentants religieux et de la morale laïque se répartit en trois sous-thèmes : comment les organiser, les rendre visibles, comment gérer la spontanéité de l'offre versus la demande formelle des patients.

Langage utilisé : « organiser », « mettre en œuvre », « activer », « mettre ces informations visibles », « arriver à créer une ambiance ».

En ce qui concerne l'organisation : « *activer les différents cultes* », « *organiser les cultes* », ce sont tous des verbes actifs énoncés avec assurance, avec peu d'hésitation dans les propos.

Conséquences nommées sur le management

- L'organisation de la présence des référents religieux
 - L'organisation de l'accessibilité des cultes (référents)

« L'organiser dans le respect de ce que le patient souhaite. C'est comme ça que l'hôpital ici s'est organisé. Ce n'est pas un service... organisé pour tout le monde. C'est pas euh... On ne va pas solliciter les patients sur ces bases-là. Par contre, les patients qui expriment le souhait de pouvoir être accompagnés d'un point de vue spirituel, c'est organisé puisque les différents cultes ont la possibilité... Enfin, on a la possibilité d'activer les différents cultes à travers les contacts que l'on a... » DA1

- Une « *défense* » des postes dédiés à la pastorale de la santé dans les hôpitaux privés catholiques et payés par les hôpitaux (certains postes étant payés par les Églises). Ces temps « *qui ne rapportent rien* » DM1 sont parfois remis en question par les directions financières et en particulier lors de fusion ou réaménagement des

hôpitaux. Les directions médicales ou des soins s'attribuent alors parfois un rôle de « *défense* » de ces postes.

- Un réajustement de la posture de la pastorale de la santé : passages spontanés vers toutes personnes (ouverture à toutes religions et spiritualités), discrétion plus importante des aspects et signes religieux, offre d'une écoute pour les aider dans leur processus de reconstruction, réconciliation ou deuil par exemple.

« Je vois au fur et à mesure je vois cette équipe pastorale est... même si c'est toujours d'obédience catholique... elle est ouverte et elle se fait plus discrète là-dessus. Euh... Et que voit de plus en plus ... euh... l'importance de la – par rapport au patient c'est de, de l'écoute, c'est de permettre aux patients de remettre de l'ordre dans leurs idées. Et euh... euh... Et c'est clair qu'en fonction de la sensibilité de la personne, ils iront plus (...) Mais à côté de ça, ils peuvent avoir... que toute cette mise au point peut être faite au départ sans ... sans vraiment la bonne casquette religieuse. » DS2

- la visibilité

- Des efforts d'amélioration de la visibilité des référents religieux sur les documents remis aux patients lors de leur accueil en hospitalisation.

« ... mettre ces informations visibles. Donc nous avons par exemple revu le guide d'hospitalisation qui mentionne clairement comment on peut accéder à ces aspects-là. » DA1

« Maintenant, de faire appel aux représentants des cultes ou de la laïcité. On doit réellement mettre en œuvre que ... que les patients puissent avoir toutes les informations nécessaires pour savoir s'ils veulent ... s'ils veulent rencontrer quelqu'un. Donc voilà, ça c'est clair. » DS2

- la spontanéité

- Un équilibre entre proposition spontanée et demande explicite des patient-s-es. :

Un malaise est exprimé par une DM (DM2) d'un hôpital sans chapelle ni espace spirituel. Cette direction est gênée que rien ne puisse être offert spontanément : les patients et familles, déjà en difficultés doivent selon cette direction faire une démarche active « *de trop* ». Aller vers eux serait source de plus de compréhension de leur état.

« ...à la fois discret, à la fois visible pour que ça amène les gens spontanément à se rendre dans ce lieu où il pourrait il y avoir une certaine spiritualité quelle qu'elle soit. J'aime moins euh... le truc qui existait avant, qu'il y avait cette demande et qu'il y avait des gens qui venaient. Donc, en dehors de là, il faut arriver à créer une ambiance. » DM2 (à propos d'un futur espace spirituel aconfessionnel en réflexion)

Une direction d'institution privée trouve que la présence de l'équipe pastorale aux réunions d'équipe ne se justifie pas dans certaines unités (unité de médecine-chirurgie) et elle demande à l'ajuster (par rapport à une présence en soins palliatifs et soins intensifs qu'elle décrit comme « *justifiée* »).

Certains établissements publics trouvent que le passage spontané d'un membre de l'équipe pastorale ou un autre référent religieux pour vérifier s'il y a une demande peut être problématique, une intrusion dans la vie privée :

« mais on n'a pas une démarche comme on en voit dans certains hôpitaux où les ministres du culte passent dans chaque chambre pour se présenter et demander euh s'il y a une demande. Parce que ça peut être choquant pour certains patients et on a eu des, des cas de patients choqués par le fait que bon, ils n'avaient rien demandé et voilà euh, ils sont dans une institution publique et que donc ils n'ont pas à être sollicités. » DM3

1.3. L'espace pour la spiritualité et/ou la religion ; les temps religieux

Langage utilisé : « la chapelle », « l'espace spirituel », « lieu de culte », « lieu de ressourcement ».

Les temps

Le temps des fêtes religieuses est explicitement nommé, le temps lié à la spiritualité au sens large est abordé de manière indirecte (nommé par l'aspect « humain » du temps, le temps de penser au sens, à l'éthique etc.). Le rapport au temps est teinté négativement : « *manque de temps* », pressurisation du temps, sujet aux contraintes financières et laissant peu de marge à un rapport plus humain. Une seule fois il est mentionné comme temps pro-activement « *arrêté* » (par DS4) à maintenir sur l'agenda pour pouvoir avoir le temps d'une réflexion éthique ou une réflexion sur le sens du travail dans le milieu de soin.

Les temps religieux sont par contre explicitement nommés : les fêtes ou célébrations « *du temps* », qui sont évoquées, sont confessionnalisées dans les établissements privés dans leur nomination : fête de Noël, du Saint patron, de Pâques. Mais la « *convivialité* » est alors le mot utilisé pour décrire l'identité de ce jour de fête où culture, religion et spiritualité se fondent dans « *un esprit disons de ... de convivialité* » (DA2).

Du côté des établissements publics, les jours de fêtes religieuses ou les périodes de Ramadan, sont évoquées mais présentées comme peu problématiques. Elles sont sujettes à quelques aménagements au cas par cas. Une direction (DS4) voit ces jours de fêtes comme autant d'occasions de s'intéresser à ses collègues et d'enrichir les relations. C'est alors plutôt des aspects culturels qui sont partagés. Les autres directions ne mentionnent pas de difficultés majeures dans la gestion des « *temps fêtés* » qui sont déconfessionnalisés dans le calendrier national. Ils ne vont pas inciter à en relever le caractère festif, puisque cela reste pour eux du domaine privé, les données montrent une gestion laissée à la fois au gré des directions (parfois avec une gestion différente au sein du même établissement) traduite par un accueil plus ou moins favorable au partage de la fête dans la convivialité et l'aménagement des horaires. La gestion globale du calendrier des congés dépasse la responsabilité de l'hôpital en ce qui concerne les noms des fêtes et l'attribution des jours de congé.

« Il y a pu y avoir des discussions sur euh... mais... qui n'ont pas été très présentes ici (...) Mais je vais pas dire qu'il y a eu un débat en interne sur ces questions-là, on a plutôt suivi le mouvement et euh... ça s'est imposé à nous et cela s'est fait de façon assez naturelle. (...sourir). Je pense que le

personnel était, je ne vais pas dire passif mais euh... enfin assez... Enfin ne s'est pas activé sur ce genre de questions ». DA1

Les lieux

La question des lieux qui sont qualifiés pour le « spirituel », émerge de façon emblématique de la présence de la spiritualité en milieu de soin. Les directions prennent ces lieux comme exemple pour signifier le positionnement de leur établissement en général face à la question plus large de la spiritualité. Par exemple, en parlant de la neutralité, les directions nomment que le lieu spirituel d'accueil est interconfessionnel (présence de plusieurs signes distinctifs de plusieurs religions) ou alors qu'il est « neutre », c'est-à-dire aconfessionnel : un lieu de recueillement sans aucun signe distinctif (« Espace bien-être » par exemple).

« Nous avons une approche théoriquement neutre, nous, en tant qu'institution euh... Mais à la fois, on a quand même un endroit où les patients peuvent... se rééquilibrer, pour être un moment donné sereins et des choses comme ça. Donc voilà, c'était dans ce cadre-là. » DS1

Et pour la situation des hôpitaux privés, le lieu a/inter ou multi-confessionnel se double d'un lieu avec présence eucharistique, sujet à remise en cause parfois: les directions d'hôpitaux privés précisent qu'il est ouvert à tous et que de nombreuses personnes non-croyantes ou d'autres confessions religieuses le fréquentent.

« Mais à côté, pour nous, la chapelle, c'est pas une question euh... de c'est l'endroit de ... Je crois qu'on a plus de musulmans qui vont à la chapelle que de catholiques. Pourquoi ? parce que c'est un endroit finalement... je crois qu'à un moment donné peut-être qu'on retirera le bénitier mais c'est un endroit de ressource. C'est un endroit de calme, où euh... je peux peut-être essayer de trouver des réponses en moi-même mais donc dans un environnement et c'est ça qui est important. » DS2

Conséquences nommées sur le management

- Attribuer et défendre l'espace spirituel contre une logique financière de rentabilité. Lorsque dans le cadre de fusion ou de la restructuration interne la question de la chapelle (pour les établissements privés), ou d'un lieu de ressourcement (qui n'existait pas avant), se pose :
- « Comme la chapelle, à un moment donné, parce qu'on essaye toujours de gagner plein de place dans les cliniques et finalement ... c'est "qu'est-ce que vous faites encore avec une chapelle ?!". » DS2*
- Chercher des solutions, des innovations pour les nouveaux complexes hospitaliers ou lors de rénovation (plutôt les DA) :
 - Consacrer du temps à la question spirituelle dans la formation continue ou lors de discussion éthique :

« Et je pense que c'est mon affaire... Je trouve que c'est mon affaire... Enfin... Euh... Aussi de, de, de tout le temps permettre... Enfin de maintenir ça sur l'agenda de nos équipes. » DS4.

- Assurer un climat de convivialité pour les fêtes d'établissement et la gestion des fêtes religieuses par rapport à l'organisation au travail (horaires).

2. Les valeurs institutionnelles

Langage utilisé : « valeurs », « nos valeurs », « valeurs institutionnelles », « défense des valeurs », « affirmation des valeurs », « gardiens des valeurs », « travailler les valeurs ».

Si les valeurs sont largement invoquées par toutes les directions, elles se rejoignent toutes : accueil, accès pour tous aux soins, respect, bienveillance, qualité, collaboration, solidarité, etc.

« "Collaboration" (...) Le "samenwerking" est plus puissant. "Respect" et "qualité". Bon la "qualité", on la met à toutes les sauces dans les hôpitaux. Mais le "respect"... » DM1

Ici une ligne de démarcation semble se dessiner par rapport au langage : dans le réseau privé l'expression des valeurs est déclinée sous la forme d'un combat, il s'agit de la « défense des valeurs ». Avec une plus forte impression d'aller à contre-courant du monde ou de la logique d'autres hôpitaux. Une autre direction générale du réseau privé affirme que son rôle est d'être « gardien des valeurs » (DA3).

« nous sommes très attachés à ces valeurs, et nous continuons à défendre ces valeurs » DM1

La majorité des directions, et principalement les directions administratives, expriment leur fierté pour leurs valeurs.

« Oui en tout cas pour nous c'est un aspect de fierté et pas toujours facile à maintenir. » DA1

Cette fierté se renforce lorsque les directions nomment qu'au nom de leurs valeurs ils s'occupent des plus démunis. Or tant les hôpitaux privés que publics l'expriment lors du Temps 1 (sauf un établissement). Les valeurs semblent ici soutenir des actes de résistance face à une dynamique du profit. Ce sont « les valeurs » qui poussent les directions à prendre en charge les personnes qui ne procureront pas de profit pour l'hôpital : « avoir tous les mêmes chances » et permettre « l'accessibilité » aux soins. Ce par quoi la « spiritualité » est liée aux valeurs n'est pas explicite. Les directions d'institutions privées peuvent nommer ce lien mais ne l'explique pas. Il n'est pas utilisé non plus comme un terme équivalent aux valeurs.

« Et donc, dans ce sens-là, c'est quelque chose qui concerne l'ensemble des personnes qui travaillent dans l'hôpital puisque, quelque part ces valeurs sont liées à la spiritualité et à la religion. » DA2

Ci-dessous un exemple de « défense-affirmation des valeurs » et de distinction par rapport aux plus démunis :

« Ma responsabilité ou celle de la direction, c'est d'affirmer ces valeurs haut et fort, de façon à ce que tout le monde sache d'une manière totalement non équivoque quelles sont les valeurs auxquelles on est attachés. Qu'est-ce qu'on veut ... Quelles sont nos priorités ? Comment va-t-on faire certains choix ? Comment va-t-on faire certains arbitrages ? Euh... Ça, c'est ma responsabilité, il faut absolument qu'il n'y ait aucun ... Euh... aucun doute là-dessus, que ce n'est pas l'argent qui va primer

que ... à moment donné on va soigner des patients qui à la limite ils ne sauront pas payer les soins qu'on va leur prodiguer. Donc ça c'est ma responsabilité à moi. » DA2

La fierté par rapport aux valeurs énoncées de l'institution (dans deux entretiens) est modérée un peu plus tard dans l'entretien par des réflexions du type « *ailleurs je ne dis pas qu'il n'y ait pas de valeurs* » DM2. Certaines directions mentionnent que les valeurs diffèrent de moins en moins entre institutions des différents réseaux (DA1-DM2) ouvrant la porte à des possibilités de fusions qui autrefois n'auraient pas été pensables. D'autres accentuent la différence entre les réseaux sans expliciter lesquelles :

« et puis je me suis rendu compte de ce que ça voulait dire un « hôpital laïc ». Voilà, qu'on pouvait avoir – tout en faisant le même métier – on pouvait avoir des valeurs extrêmement différentes. Et donc, là, ça a renforcé en moi la conviction que ces valeurs sont vraiment quelque chose qu'il faut... qui doivent être portées et mises à l'avant-plan. » DA2

Les directions sont aussi convaincues de la nécessité et du bienfait des valeurs institutionnelles si elles sont « *travaillées* », « *activées* », « *traduites en comportement* ». Elles ont une attitude particulièrement engagée lorsqu'elles en parlent. Les gestes et postures lorsque ces questions de traduction des valeurs sont évoquées montrent l'engagement des directions : sans équivoque, affirmé et avec fierté. Tout comme le respect de la neutralité (qui est dans le contexte de l'entretien envisagé par certains comme une valeur) mais par contre plus positivement dans le sens où un certain engouement positif est palpable (posture, ton de la voix). Ce n'est pas le cas avec le respect de la neutralité où bien que décrivant une réalité d'ouverture, les pratiques le plus souvent nommées sont des pratiques de restrictions voire d'interdictions.

Les directions deviennent les porte-voix des valeurs, ils se font les promoteurs des valeurs ; qu'elles soient « *imposées* » top-down ou co-construites avec les équipes, selon les pédagogies propres à chaque établissement.

Conséquences nommées sur le management

- L'affirmation et l'application personnelle des valeurs institutionnelles :

« Parce que justement j'ai pu constater que le fait d'adhérer ou non à ces valeurs avait un impact direct sur la manière de gérer l'hôpital, de gérer un service de soins, et de gérer un traitement. Donc pour moi ces valeurs sont très importantes. (...) Et, dans un hôpital, c'est particulièrement important. Il y a beaucoup de façons différentes de faire de la médecine. Le fait d'adhérer ou non à certaines valeurs va avoir impact direct sur la manière de faire la médecine, de traiter les patients... » DA2

- Etre soi-même « *inspiré* » par les valeurs, porté par les valeurs :

« Donc il y a quelque part un terreau que l'on cultive ou pas... » DM1

- Favoriser l'attractivité via l'appartenance institutionnelle en particulier en lien avec les difficultés de fidéliser du personnel (DM, DS, DA) :

« Si on considère que les quatre facteurs de motivation des gens, en général sont : idéologie, plaisir, reconnaissance et argent. L'argent ne compte que pour 25% donc l'idéologie est capitale et je pense que c'est un facteur d'attraction. » DM1

- Créer une culture d'entreprise basée sur les valeurs, « travailler » les valeurs : les faire connaître aux nouveaux membres du personnel, les traduire en comportements concrets, s'appuyer sur les valeurs en cas de difficultés (dilemmes, conflits, etc.), les « activer » lorsque la situation les nécessite pour opérer des choix. Les directions sont très affirmées et prolixes sur ce point.

« Je dirais que tout le monde au sein de la clinique doit être conscient de ces valeurs, ça ne doit pas être quelque chose, je dirais, de théorique, que des mots écrits sur un morceau de papier. Au contraire, ça doit être affirmé avec force et qui doit être rappelé régulièrement. Et qui doit être mis en évidence lorsque des choix doivent être faits. Parce que ça a une importance énorme sur la manière de faire son métier, de faire ce genre de métier-là... » DM1

« Donc, je pense qu'entre temps, ben la moitié ou 3/4 des équipes ont fait tous ensemble un travail de mission-vision-valeurs dans leur travail. Et donc, on... Enfin, moi j'y crois très fort.(...)donc, le principe, c'est de se rapprocher un peu des valeurs qui nous unissent et, à partir de là, et puis quand même traduire ces valeurs dans du comportement concret. Et, cela aide beaucoup au niveau de la relation avec les patients mais cela aide beaucoup aussi au niveau d'une équipe. Parce que ... vous voyez, ça les unit. (...) Et donc, plutôt que d'aller focaliser sur ce qui va mal et les conflits, etc... J'essayais de les rassembler autour de : qu'est-ce qui fait qu'on est là ? c'est quoi notre identité d'infirmières ? C'est quoi notre identité d'aides-soignants? » DS4

3. Les soins globaux et les besoins spirituels du patient

Langage utilisé par discipline

DS : « une approche holistique », « ce n'est pas uniquement le corps qui compte » DS4 ; « besoins de construction personnelle », « satisfaire... les besoins spirituels-religieux » DS2, « la spiritualité fait partie de qui je suis » ; « dans les théories de soins infirmiers (...) ça fait partie de ses besoins de construction personnelle »

DM : « si on est dans l'idée que le patient est d'abord "esprit" avant d'être "corps" » DM1

DA : « d'intégrer cette dimension dans leurs soins (...) les soins ou se soigner, c'est plus large que de recevoir un coup de bistouri (...) ça englobe pour moi d'autres dimensions que les patients souhaitent » ; « C'est un hôpital avec une histoire déjà assez ancienne et dans lequel, le concept de soi a toujours été englobant. »

La prise en compte de la dimension spirituelle dans le cadre d'une « globalité » de la personne est souvent décrite par la négative et/ou avec des tournures passives dans un premier temps de l'entretien: « on ne peut pas faire fi », « ce n'est pas qu'un corps », « se soigner, c'est plus large que de recevoir un coup de bistouri » etc. Elle est décrite en mode affirmatif avec des formules telles que « soins globaux, soins intégraux », « intégrer cette dimension ».

« Euh... Comme je le disais au départ, celui de pouvoir permettre aux patients d'intégrer, pour ceux qui le souhaitent en tout cas, d'intégrer cette dimension dans leurs soins parce qu'on sait que, fondamentalement, les soins ou se soigner, c'est plus large que de recevoir un coup de bistouri euh... un examen cardiologique ou un médicament. Et donc, de voilà... ça englobe pour moi d'autres dimensions que les patients souhaitent. Oui, c'est l'accompagnement familial, c'est euh... » DA1

« Alors vis-à-vis des patients comme du personnel, on ne peut ... En tout cas, vis-à-vis des patients on peut certainement pas faire fi de... puisque ça fait peut-être partie, fin c'est lié quand même au processus de maladie, c'est lié à un processus de reconstruction, de deuil, des choses comme ça... Donc on ne peut pas ne pas tenir compte d'un impact "spiritualité-religion", des choses comme ça. On

pourrait dire : ça ne nous concerne pas. Ben si. ça nous concernera d'une manière ou d'une autre. C'est quelque chose dont on ne peut pas faire fi. » DS1

Une direction va plus loin en montrant le lien direct entre conception du rapport esprit-corps et conception de la prise en charge des personnes (l'accompagnement prime sur le soin).

« le plus important c'est quand même l'accompagnement et pas le soin. C'est aussi une des raisons pour lesquelles j'ai fortement défendu comme directeur, la santé mentale sur les dernières années. Je suis convaincu que l'enjeu après l'obésité et le diabète enfin le syndrome métabolique, l'enjeu de demain ça sera la santé mentale, la perte du sens. (...) si on est dans l'idée que le patient est d'abord "esprit" avant d'être "corps" - enfin ça c'est tout un autre débat qu'on pourrait avoir. » DMI

Les directions des soins sont plus à l'aise dans leur discours sur l'approche holistique, globale ou intégrante en la situant comme une évidence de leur identité de soignants. Elles utilisent facilement la notion des « besoins » pour approcher ce qui pourrait toucher la spiritualité faisant appel à leur formation de base et à la théorie des besoins selon Virginia Henderson (Henderson V., 1964):

« Euh... depuis. Je dirai que depuis le départ puisque dans les théories de soins infirmiers, il y a quand même la possibilité pour le patient de... ça fait partie de ses besoins de construction personnelle. Il y a eu des cours de psychologie et des choses comme ça donc euh... ça certainement. » DS2

« Alors au niveau direction... notre responsabilité est à la fois de veiller à ce que les patients puissent satisfaire dans une certaine mesure, leurs besoins spirituels-religieux et que les soignants voient ça avec bienveillance. » DS2

« On rentre dans l'intimité des gens, c'est dans toutes les facettes de la prise en charge des patients qu'on est quand même qu'on le veuille ou non, on est confrontés à cet aspect-là. Et je dirais aussi que nous avons vraiment une remontée d'avoir une approche holistique. Euh... Des patients et donc forcément de leurs proches euh.... Ce n'est pas uniquement le corps qui compte. » DS4

Conséquence nommée sur le management

L'écoute est la seule conséquence majeure nommée, sans plus de précision. L'accompagnement familial aussi est nommé mais n'est pas précisé dans ses modalités. Aucune pratique permettant d'objectiver la spiritualité des personnes n'est nommée. L'anamnèse, des outils d'évaluation, le diagnostic infirmier de « détresse spirituelle » (NANDA¹⁷), ou d'autres éléments permettant une mise en évidence des « besoins spirituels », ne sont pas mentionnés.

4. Favoriser et organiser la réflexion éthique

Langage utilisé : l'« éthique » et particulièrement « éthique en fin de vie et début de vie ».

L'engagement des hôpitaux dans la réflexion éthique est évoqué à un moment ou un autre de l'entretien, mais de manière beaucoup plus secondaire que ce qui touche au respect de la neutralité p.ex. ou des valeurs, bien qu'étroitement lié à ces deux thèmes. Les établissements privés (deux d'entre eux en font mention) disent organiser plus de structures de concertations éthiques pour les questions de positionnement global mais aussi pour la gestion de situations de crise.

¹⁷ North American Nursing Diagnosis Association, référence internationale principale en matière de diagnostics infirmiers.

Conséquences nommées sur le management

- Organiser en plus du comité d'éthique (légal) : une « cellule d'aide » et un « staff d'éthique » (établissement privé)
- Promouvoir une formation continue intégrant les questions éthiques et de valeurs

A côté des refus de soins plus « caricaturaux » (refus pour raison de croyance qui semble poser moins de problème), la mention de la gestion éthique *complexe et sensible* en fin de vie et début de vie est une constante auprès de toutes les directions.

« Les grands classiques, par exemple, ce sont les cas de patients qui refusent les transfusions pour des raisons de croyances. (...). Les questions les plus sensibles sont autour de la fin de vie et à la naissance de la vie. » DAI

Avec la conception de la neutralité, l'éthique est mentionnée comme le thème qui différencie le public et le privé. Dans les deux réseaux l'accueil des demandes d'euthanasie est un souci, un des rares, « qui remonte » au niveau des directions. La gestion de l'écoute des demandes d'euthanasie (s'assurer qu'elles soient entendues et accompagnées) mais aussi la gestion du personnel ne désirant pas les pratiquer pose un problème qui ne trouve pas de solution satisfaisante, dans aucune des institutions.

« mais on pouvait difficilement mettre en place au niveau institutionnel une, une unité de piqueurs qui prenaient ce genre de questions en charge. Ça c'était difficile à faire passer. Et donc la question est remontée jusque tout en haut de l'institution, elle a été débattue, et elle est toujours à l'étude parce que nous tenons absolument à pouvoir effectivement répondre, (...) Et bien je vous assure que c'est extrêmement compliqué. Mais c'est la seule, c'est la seule question tout à fait explicite que j'ai eu à traiter pour l'instant, elle est toujours en cours. » DM5

5. Leadership « personnalisé » et la coopération-complémentarité-solidarité entre les personnes

Langage utilisé : « leadership », « forces de la personnalité », « le potentiel en chaque personne », « coopération », « complémentarité », « solidarité », « participatif ».

Il s'agit de voir pour certaines directions comment le leadership peut puiser dans les ressources personnelles (dont les ressources spirituelles mais elles ne sont pas nommées explicitement) pour promouvoir un travail d'équipe. Le « potentiel », la « personnalité », la « sensibilité » sont nommées mais pas leur lien à la spiritualité ou la religion. Plus globalement toutes les dynamiques qui luttent contre « l'individualisme » et qui s'orientent vers une complémentarité des professionnels, solidarité entre eux mais aussi envers les plus fragiles de la patientèle, sont valorisées.

Utiliser les personnalités

Ce leadership se traduit dans les entretiens par une vision qui peut sembler de prime abord utilitariste avec des termes comme « profiter » « exploiter », mais qui pour les directions prend

une tournure positive : les ressources spirituelles du personnel sont un appui pour une meilleure dynamique (complémentarité), au service des équipes et des patients et tous sont gagnants. Les directions qui en parlent principalement sont les DS. Pour les DS, il s'agit de s'appuyer sur le relai des cadres de soins. Une DS en particulier qui « utilise » la force de la personnalité des leaders pour ses équipes a appris à travailler ainsi lors d'un parcours d'apprentissage de technique de management. Cette utilisation des ressources se retrouve chez les autres DS de manière moins élaborée. La visée de ce repérage des personnalités est l'intérêt pour une plus grande et riche complémentarité en équipe. Parallèlement à cette réflexion sur les personnalités-ressources des cadres, les DS mentionnent des différences entre leurs cadres qui « ont beaucoup développés cela en dehors » DS2-DS3 et mettent en évidence une « sensibilité » propre aux personnes pour la S/R.

La coopération-collaboration

Cette complémentarité intra-équipe (citée par les DS et décrivant la posture clef du cadre de soins comme intermédiaire) est aussi élargie à la coopération plus générale des unités et discipline entre elles : « Collaboration" (...) Le "samenwerking" est plus puissant. » DM1

Comprise alors d'une manière encore plus vaste, elle touche alors l'interprofessionnel mais aussi la structuration même d'un hôpital. Le caractère englobant (prendre en compte le tout de l'homme) et la solidarité-collaboration (travailler ensemble) se situent du côté de la spiritualité, non nommée mais implicitement sous-entendue par le contexte de l'entretien.

« C'est un hôpital qui a été bâti sur ce modèle-là aussi. (...) C'est un lieu un peu particulier, où vous êtes ici. Et ce lieu-là, il englobe surtout par rapport aux patients que l'on soigne ici, il intègre plus que des soins techniques et des expertises pointues. Il intègre cette partie-là aussi. Il y a toute une série de maladies ici qui sont des maladies parfois au plus long court. On a un secteur important de gériatrie, de psychiatrie, de revalidation, dans lesquels on sait bien qu'il n'y a pas que le médicament ou l'intervention. (...) Voilà, on a une organisation qui reflète ce caractère assez englobant du soin qui dépasse le cadre technique. » DA1

« Vous n'êtes pas dans une médecine très individuelle et sur laquelle une relation serait unique entre le patient et son médecin. C'est pas du tout comme ça que cela est organisé ici. Vous avez une relation normalement avec euh... très multidisciplinaire, avec beaucoup de métiers qui ne sont pas toujours des métiers purement médicaux, qui sont organisés autour des patients. Donc vous avez ce modèle autre qui est plus participatif. Vous avez aussi les familles qui sont impliquées. Vous avez ... (...) Oui en tout cas pour nous c'est un aspect de fierté et pas toujours facile à maintenir. Parce que aujourd'hui la règle de nomenclature, par exemple, en financement hospitalier, incline plutôt à une certaine forme d'individualisation. Je vais dire au-delà des soins, au niveau des questions de l'accessibilité à l'hôpital selon des niveaux de richesses ou pas. Le schéma aujourd'hui euh... laisse peu de place au multidisciplinaire... » DA1

La collaboration peut décrire l'esprit d'un établissement (réponse à la question posée sur l'esprit de l'établissement) :

« ... c'est un esprit de convivialité, de respect de l'autre, de respect du patient, de dévouement disons pour les plus faibles qui sont affaiblis par la maladie ou qui sont affaiblis par les problèmes qu'ils peuvent avoir, de collaboration, de travail en équipe hein. De collaboration, pas

d'individualisme, donc un esprit vraiment de collaboration de façon à atteindre les objectifs, de recherche de l'excellence, de la qualité, de l'excellence. Bien faire son travail à tous les niveaux hein. Pas uniquement en terme de soins de santé mais en terme aussi de... Je sais pas le travail administratif, le service technique, de ... simplement avoir la conscience professionnelle et de bien faire euh... Son travail. De ne pas être simplement là pour toucher un chèque à la fin du mois et c'est tout. » DA2

Les liens à la spiritualité ne sont pas directement nommés ici non plus, mais indiqués par le caractère « *partagé* » des prises en charge, sortir d'une « *forme d'individualisation* » : sortir du colloque singulier patient-médecin et en faire une « *affaire* » multidisciplinaire dont tous se sentent concernés – y compris si cet aspect multi ou interdisciplinaire sort du cadre financier. C'est aussi avoir un regard large sur la compréhension de la vie du malade qui ne se résume pas à sa maladie. Le champ sémantique de l'intégration est très présent (intégrer, englober) pour justifier cette coopération en vue d'une meilleure compréhension et qui rappelle la notion de soins globaux.

Le spirituel n'est ici donc pas nommé explicitement mais approché par des formules positives : « *cette dimension* », « *cette partie-là* », et décrit par l'au-delà du nécessaire : « *le plus que...* » (la technique, les soins, le corps), « *le caractère englobant du soin qui dépasse...* » ; ou par la négative : « *il n'y a pas que ...* » (le médicament, l'intervention, la technique, ...), « *de ne pas être simplement là ...et c'est tout* ».

Le charisme du leader

Une autre facette du leadership évoqué est le leadership charismatique, exprimée par une direction seulement (DM1). Par son engagement spirituel traduit dans son style, le leader a l'impression d'influencer son personnel et d'exercer une autorité « colorée ». Ce style de leadership est remis en question et est sujet à des doutes par la direction concernée.

« Parfois, je pense que je devrais comme directeur, être plus dans la réserve. Moins... Alors, je ne suis certainement pas dans la ... le ...J'allais dire "prophétie" mais ce n'est pas le mot que je veux dire. Euh... je ne suis pas non plus dans la propagande et dans l'endoctrinement. Mais je pense quand même que je flirte ou je dépasse parfois la limite de ce qui est attendu en terme de management. » DM1

Conséquence sur le management

- Repérer les ressources spirituelles des cadres et les utiliser, utiliser ses propres ressources spirituelles :

« ... Mais à côté de ça, travailler avec votre personnalité, avec les forces de votre personnalité, avec qui vous êtes... C'est vraiment important. Ben de dire... ben voilà, un tel chef ou un tel chef est meilleur... Non. Chercher la force dans votre personnalité et mettez à disposition de nos équipes et de nos patients. » DS4

« Et donc moi c'est toujours aussi de profiter. « Exploiter », je n'aime pas le nom d'exploiter. De... voir dans chaque personne, d'appuyer dans chaque personne, quelle est plus sa sensibilité et en quoi elle a envie de travailler ou tiens, c'est plus naturel, c'est plus euh... Mais c'est de nouveau le respect de la personne et c'est de voir le potentiel en chaque personne. » DS2

- Soutenir la collaboration sous toutes ses formes (multi/interdisciplinaire, inter-unité, la solidarité au sein de l'établissement et envers les plus vulnérables (patientèle)) y compris au prix de sacrifices financiers (financer les réunions multidisciplinaires non comprises dans les forfaits par exemple).

6. Favoriser le bien-être et lutter contre les facteurs anxiogènes

Langage utilisé divisé en trois champs sémantiques :

Le confort : « conditions optimales », « espaces confortables », « l'impression d'être dans un aéroport », « on a travaillé la lumière, le son, le mobilier, ... », « bien-être ».

La démedicalisation : « ne soient pas obligés d'être dans un lit d'hôpital », « moins médicalisé », « démedicaliser », « un peu démedicalisé ».

L'apaisement : « s'apaiser », « rassurer », « être bien », « le moins douloureux », « le moins anxiogène », « le moins pénible ».

Les directions se reconnaissent un rôle pour l'accueil « *confortable* » des personnes qui permet de recevoir les soins dans de meilleures conditions et d'obtenir aussi de meilleurs résultats.

« C'est d'être certains qu'on arrive à mettre nos patients dans des conditions optimales, de façon à ce que leurs soins soient les moins pénibles, les moins douloureux, les moins anxiogènes » DA1

Dans ce cadre une tendance vers la « démedicalisation », en particulier dans le cadre de l'augmentation des activités ambulatoires, se présente comme un contre-balancier « *humanisant* » la médecine vue comme technique médicale.

« Ben ça fait partie du bien-être général, que ce soit des patients ou du personnel ; ça donne aussi une autre image de l'hôpital, moins médicalisé. Et plus, euh... se retrouvant dans une réflexion plus personnelle » DM2

A nouveau, les mots liés aux champs sémantiques de la spiritualité n'apparaissent pas. C'est le contexte seul de l'entretien qui peut donner à comprendre qu'il y a un lien entre spiritualité et démedicalisation (via l'humanisation qui, elle, est nommée : « *c'est plus humain* »).

Lors de la phase de validation des données du Temps 2, la démedicalisation était critiquée, même si comprise et partagée dans un certain sens (offrir plus de confort, aller vers l'hôpital « liquide », etc.). Elle ne semblait pourtant pas l'approche conceptuelle la plus adéquate car elle se présentait comme un antagonisme à la médecine. Or pour ces directions du Temps 2 qui s'en étonnent, la médecine peut tout à fait être synonyme d'humanisme.

Enfin la religion ou la spiritualité peuvent soutenir durant la période d'hospitalisation dans le sens d'un apaisement :

« Je pense que pour un certain nombre de gens effectivement C'est une ressource importante et, voilà, c'est à nous à mettre en œuvre qu'ils puissent avoir un endroit où ils puissent de... Pour se ressourcer ou pour s'apaiser des choses comme ça. » DSI

Des techniques comme la *Mindfulness* et l'hypnose sont mentionnées comme améliorant le bien-être et limitant les traitements, mais elles n'ont pas été initiées par une volonté des directions (initiatives des cadres médicaux ou soignants).

Conséquences sur le management

- Avoir un endroit pour se ressourcer et s'apaiser.
- Assurer de bonnes conditions de soins, du confort, et s'organiser pour cela.
- Repenser l'architecture, le mobilier, les conditions d'accueil.

Thèmes absents dans les résultats au regard de la littérature

La comparaison des thèmes évoqués par les directions avec la revue de littérature fait apparaître quelques absences importantes dans ces résultats.

Ainsi l'absence de discours sur la préoccupation pour le bien-être du personnel et en particulier en lien avec la prise en compte de leur spiritualité. Il n'est quasiment pas fait mention des « *besoins spirituels* », des ressources spirituelles ou des souffrances-difficultés spirituelles chez les employés mais uniquement des problématiques liées au « *vivre ensemble* » dues à leur religiosité. Le sens au travail pour le personnel est parfois sous-entendu mais ne consiste pas en un thème « en soi » relié à une responsabilité des directions.

Un autre thème absent est l'objectivation des pratiques spirituelles des personnes (connaître la S/R de la patientèle par des moyens (anamnèse, évaluation, etc.).

Enfin le thème tout à fait absent des résultats de la recherche et majeur dans la littérature : les liens émis entre spiritualité et impact sur la santé/bien-être est quasiment absent. Il pourrait être éventuellement sous-jacent à propos du bien-être dans le Temps 1 mais cela n'est pas explicité. Durant le Temps 2, la validation de cette absence était demandée aux directions. Elles disent toutes ne pas avoir réellement entendu parler des études sur ce sujet. Lorsqu'elles sont évoquées, spontanément elles se déclarent ouvertes à utiliser les résultats de ces recherches si elles sont prouvées, dans la limite de « la neutralité » (en général dans ce contexte équivalent au danger de prosélytisme).

« Je ne la connais pas euh... Je ne la connais pas mais comme tout le reste euh. Vous savez on est un hôpital de soins, je vais pas dire que peu importe la façon, c'est le résultat qui compte mais un hôpital de soins, y a des choses objectives et si ça fait partie des choses objectives pourquoi pas. Euh, si maintenant on rentre dans la sphère subjective et donc on rentre finalement dans la sphère des croyances de tout un chacun qui l'appliquerait ça devient plus dangereux. Donc ça peut avoir une place, probablement moi je ne connais pas cette littérature là mais ça peut avoir une place, pour autant

que ça ne défende pas l'idée de la personne qui veut le mettre en place et alors ça deviendrait une non-liberté, une absence de neutralité. » DM4

« Non, donc, que je n'ai pas lu dans le détail, c'est plus un écho. Bon j'ai vécu aussi deux ans aux Etats-Unis donc euh je connais aussi quand même un peu la culture américaine et je pense qu'elle est difficilement transposable. Enfin que c'est difficilement transposable à l'Europe. Ceci c'est une chose. Je pense aussi que de toute façon euh la spiritualité est une aide euh certaine à certains patients et que donc ça ne m'étonne pas qu'il puisse y avoir un impact peut-être pas sur la santé mais sur le bien-être de certaines personnes » DM3

« Alors in fine, si des études scientifiques prouvent en effet qu'il y a, qu'il y a un impact. Moi ce qui compte c'est que le patient se sente bien. Alors que c'est un épisode, le passage à l'hôpital est un épisode qui est, d'une manière différenciée mais qui est traumatisant d'une manière ou d'une autre. Je pense que ça contribue au bien-être du patient. Et au fait de savoir affronter effectivement les, les événements auxquels il est, il est exposé malheureusement. » DA3

Évolution de l'appropriation - facteurs favorisants

Les réponses relatives à l'évolution de l'appropriation de la dimension spirituelle dans le management mettent en évidence des facteurs plus personnels et des facteurs issus de l'expérience du travail.

Des facteurs inhérents au parcours personnel, familial (indépendant du milieu professionnel) :

- La personnalité, le cheminement personnel, l'importance de la spiritualité familiale ;
- La maturité (l'acquisition d'une certaine maturité et de recul avec l'âge) ;
- Les formations initiales ne sont pas mentionnées pour être des périodes où cette dimension est « travaillée », ni même « éveillée » dans les études médicales ou les études de gestion-management. Par contre dans les soins infirmiers, les études sont un moment d'apprentissage de soins globaux dans les théories de soins, d'une attention et ouverture à cette dimension constitutive de l'homme et particulièrement touchée en période de deuil et de souffrance (citée par toutes les DS). Cette mention des DS dans leurs études n'est pas pour autant l'objet d'un contenu particulier enseigné mais plutôt d'une évidence nommée : la spiritualité fait partie des soins globaux mais la mise en œuvre n'est pas l'objet d'un cursus;
- Une DS mentionne les formations en management comme ouvrant à la considération des personnalités-ressources et au travail en coopération (DS4) ;
- Les scolarités dans les établissements privés catholiques du secondaire¹⁸ sont mentionnées par deux directions comme des lieux favorisant cette attention et ouverture à la tolérance des pratiques religieuses.

¹⁸ Entre 12 et 18 ans en Belgique.

Des facteurs issus du terrain (dépendant du milieu professionnel) :

- La découverte d'expérience d'intégration de la spiritualité dans certaines institutions privées ;
- L'expérience de culture d'entreprise favorable ou défavorable aux valeurs personnelles (P-O fit) ;
- L'expérience de la gestion du fait religieux des employés dans les équipes ; il s'agit alors d'une vision plutôt négative (procès pour le port du voile, conflits, problèmes d'intégration).

Parmi ceux-ci un approfondissement serait nécessaire pour voir lesquels sont plus des déterminants que des facteurs favorisants.

Processus d'appropriation

L'évolution des guides d'entretien durant le Temps 2 a permis de mettre en évidence deux vecteurs principaux de l'appropriation des questions spirituelles dans les soins par les directions hospitalières : le respect des patients et la qualité des soins¹⁹.

Ces valeurs, communes à tous les établissements et qui se retrouvent dans leurs chartes, missions ou autres supports officiels, font activement entrer les directions dans un processus d'appropriation qui dès lors aura des conséquences sur leur management hospitalier. Ce qui les « actionne » particulièrement c'est le contexte des mutations populationnelles à Bruxelles. Les directions parlent des changements ces dernières décennies dans la population bruxelloise qui remettent en question leurs pratiques. Les directions invoquent la présence de la population musulmane plus importante (patientèle et personnel hospitalier) comme changement principal.

« En particulier à Bruxelles hein. Et en particulier la religion musulmane, qui est arrivée avec un discours qui a perturbé un peu la bipolarité qu'il y avait avant entre le monde laïc et le monde chrétien. C'est un troisième invité et un invité qui avait l'intention de se faire entendre. Ça a fort perturbé effectivement et fort changé les rapports de force, et la position que prenaient les directions et, et ceux qui s'occupaient de, de l'éthique à l'intérieur des hôpitaux par rapport à la question du religieux et du spirituel. » DM5

La manière de vivre leur foi, imbriquée dans leur culture et traversant leurs pratiques et modes réflexifs, « s'invitent » et remettent en question la manière de vivre en société. Le langage du « vivre ensemble » est dès lors repris abondamment par les directions.

« Il y a eu des, des, des prises de positions et de décisions, qui se, qui se développent maintenant euh peut-être encore plus que jamais depuis une dizaine d'années autour de l'interculturalité et du vivre ensemble euh, et la plupart des hôpitaux aujourd'hui s'équipent dans ce qui s'occupait j'ai envie de dire des questions éthiques et du culte dans l'hôpital, d'aborder la question de manière transversale sur l'interculturalité avec à la fois, et c'est très exigeant hein, parce que c'est à la fois euh des compétences en matière linguistique mais également culturelles. Parce qu'il ne s'agit pas simplement

¹⁹ Cf. annexe schéma de la modélisation du processus d'appropriation

dans un problème interculturel de traduire euh ce qu'un patient qui ne parle les langues du pays veut dire, il faut également traduire tout le sens qu'il y a derrière. » DM5

Les événements dramatiques liés aux attentats terroristes qui ont marqué vivement les relations non-musulmans et musulmans de toutes tendances, ont été des périodes où des demandes et questionnements dans les institutions de soins pour le débat spirituel et religieux en leur sein sont apparues plus vivement.

« ... c'est après les attentats et surtout les attentats de Charlie euh qui, où, où, là effectivement ça a été très compliqué. Enfin plus compliqué à gérer puisqu'il y a eu un mouvement assez inhabituel parce que finalement c'était peut-être pas ceux qui avaient l'habitude d'être le plus visibles qui ont voulu s'exprimer, et qui ont voulu montrer leur révolte et, et voilà. Et ça, ça a été un moment de discussion par mail, oralement, etc. Peut-être que c'est plus dans le cadre de l'émoi de certains événements que la discussion s'est faite plutôt que directement par notre fonction et mission assez étonnamment. » DM3

Ces moments ont été des déclencheurs du processus d'appropriation, tout comme d'autres déclencheurs : les fusions (identité à renouveler, gestion des crucifix et des lieux de recueillement, etc.), et de manière moins prégnante : les pressions financières sur la pastorale de la santé (poste d'aumônerie remis en question), la gestion des cas éthiques (fin et début de vie).

L'impact de la présence de cette population plus importante en nombre pousse les directions à remettre en cause les modalités de la neutralité, la gestion des clauses de conscience (éthique), et de manière marginale les aménagements pour la vie religieuse du personnel.

En résumé, le processus d'appropriation de la spiritualité dans le management hospitalier par les directions s'opère sous l'impulsion des éléments ci-dessous :

- Une valeur orientée vers l'accueil de tous : le respect du patient et la dynamique de « patient au centre ». Ce respect est pour les directions plus largement le respect « des personnes » orienté alors aussi vers le personnel hospitalier mais cette optique plus large incluant le personnel est moins rapidement et moins souvent nommée.

« ... la première chose c'est le respect du patient qui pour moi est ma première réflexion euh ça c'est vraiment, enfin en tout cas moi ce qui m'anime dans mon rôle de directeur médical. (...) ça peut être quand même un gros moteur. (...) Réflexion sur le respect des patients oui voilà et qui essaye de, de, jouer oui. Enfin moi, l'équité est quelque chose qui est important, c'est de pouvoir, le respect, respect patient et, mais pour moi ce sont des valeurs, intrinsèques. Et je pense qu'on les a ou qu'on les a pas et que ça peut influencer. Euh y a ça et y a aussi les moyens hein, euh on n'a pas partout les mêmes moyens ou les mêmes ... Et probablement aussi euh peut-être je peux même pas le dire, l'obédience qui peut prévaloir dans certaines institution qui, qui, se prévalent d'une certaine obédience et qui peuvent donc assez logiquement faire qu'on va plus bah voilà euh tenir compte euh, je vais prendre un exemple euh de mettre beaucoup de moyens dans une chapelle ou voilà c'est assez euh... » DM3

« ... porter une attention à la spiritualité pour les patients euh... c'est important... euh... Je dirais dans leur processus de vivre euh, de vivre la maladie dans leur processus euh... de se reconstruire quelque chose comme ça. C'est important aussi par respect aussi des personnes, des individus. » DSI

- Un sens de la responsabilité pour la qualité des soins et une conception des soins « globaux ».
- Des déclencheurs :

- le changement dans la composition de la population bruxelloise (augmentation de la population musulmane principalement), déclencheur renforcé par le retentissement des drames de la société (attentats) créant des amalgames et malaises ;
- Les changements chez les nouvelles générations de praticiens hospitaliers (exigences pour les conditions de travail et recherche de sens et épanouissement au travail) ;
- Les fusions hospitalières remettant en question les identités des hôpitaux (espaces spirituels, postes pour la pastorale de la santé)
- Les clauses de conscience dans les débats éthiques (déclencheur nommé mais moins opérant que les autres)

Le mode opératoire semble être une pratique de « relecture » de l'activité hospitalière. Le fait d'expérimenter constamment la recherche du respect des personnes et la qualité des soins, mène les directions à se dire : « *c'est important* ». Importance qu'ils ont tous exprimée- tous à l'exception d'une direction qui ne l'a pas mentionné avec ces mots- en début d'entretien (passage enregistré et transcrit dans la majorité des cas ou non-enregistré car dit lors des salutations initiales).

« *C'est important* » s'applique à la prise en compte de la spiritualité pour le patient, mais aussi chez le personnel et pour la dimension sociétale de l'institution (rayonnement, visibilité).

Qualificatifs apportés au thème général

Ces résultats émanent de la réaction spontanée à la demande d'entretien. « Comment avez-vous réagi en recevant cette demande d'entretien ? » ou parfois formulée « Vous êtes-vous senti concerné(e) par cette demande d'entretien ? »

Perception globale

Six directions sur les huit premières et trois directions sur les cinq suivantes, ont exprimé le « *plaisir* », « *l'intérêt* » et « *l'importance* » dans leur réponse à la sollicitation de cette recherche, décrivant en même temps « *l'originalité* », « *leur étonnement* » ou la « *surprise* ». Deux directions ont exprimé avoir répondu à la demande parce qu'ils essaient de répondre à toutes demandes de recherche, une des deux sans partage perceptible par la chercheuse de « *plaisir* » ou « *d'intérêt* » spécifique.

Un thème important pour les directions

L'importance du sujet est plutôt forte pour les directions si nous nous référons aux réponses à la première question qui leur demandait comment ils avaient réagi à la lettre les sollicitant.

Spontanément ils évoquent « l'importance » : « *important* » DS3, « *très important* » voir très « *très très important* » DA2, et même « *le plus important en fait* » DM1.

« Très positivement, parce que le vrai débat des institutions de soins il est là. Pour l'instant la politique veut nous pousser dans un débat financier. On est dans un problème de financement des soins et personnellement ... Alors ça se sont les vraies questions ! Quelle est la place, la position du patient ? Quelle est la place du soin ? Jusqu'où est-ce qu'on va ? Quelle est la relation que l'on veut entre le thérapeute et le patient ? Quelle est la place de la limite ? Qui a la puissance ? Qui a l'autorité ? Ce sont ... et ces questions sont, pour moi, directement influencées par le spirituel et le religieux. Donc on est... Et sans être dans... » DM1

En résumé, même si cela touche à l'intime, au privé, les directions estiment que le sujet est de taille à représenter quelque chose d'important pour la réalité de leur hôpital.

Un thème sensible et peu abordé

Les mots qui pourraient synthétiser presque toutes ces réactions spontanées seraient : « *important* » mais/et « *touchy* » DM2- DS2, avec un effet de « *surprise* » par rapport à un entretien où la spiritualité est abordée explicitement :

« c'est la première fois qu'on aborde ce sujet d'une manière aussi explicite. (...) aborder ce genre de sujet sous l'angle de l'organisation c'est certainement quelque chose d'original et d'intéressant. Euh... Et ça l'est d'autant plus que, c'est vrai dans un hôpital, par exemple, ou dans une société comme la société bruxelloise, on est tous les jours confrontés aux problèmes alors plus des religions que de la spiritualité. » DA2

« Parce que c'est quand même très euh... C'est une question très délicate. Euh... très touchy, enfin... et que dans le ... dans la somme de choses qu'on doit gérer sur la journée, c'est la chose qui serait bâclée. Or, c'est un sujet justement qu'il ne faut pas bâcler. » DS2

Le thème n'est pas une priorité des directions, trop de choses (en particulier les aspects économiques) les accaparent.

« C'est pas les priorités malheureusement ou heureusement je ne sais pas, mais c'est vraiment qu'on a tellement d'autres priorités que ce n'est pas ce dont on va discuter en première intention. » DM4

Un thème qui suscite, dans le cadre de cette recherche, attente et plaisir

Un plaisir non dissimulé pour la rencontre située dans le cadre d'une recherche est évoqué dans la majorité des cas (verbalisé ou visible dans l'attitude perceptible de plaisir à en parler y compris et surtout lorsque le magnétophone est éteint). Un seul des huit premiers entretiens a donné l'impression à la chercheuse d'être fait « par devoir pour la recherche en général » mais il a tout de même duré 45 minutes.

« donc ça m'a fait... ça m'a interpellée c'est clair, hein. En recevant, ben c'est chouette de pouvoir ... s'y... s'y attarder et y réfléchir. (...) C'est d'une évidence qu'on est absolument confrontés... » DS2

Un thème dont on « ne peut plus faire fi » dans un contexte qui change

Aucune direction ne positionne la spiritualité et /ou la religion comme un objet hors de son champ. Les deux directions les plus prudentes face à une manière professionnelle de se sentir concernées mentionnent le caractère hautement privé de la question (donc ils mentionnent que ce

n'est pas leur affaire de ce point de vue-là) mais tout autant que la nécessité de « *ne pas faire fi* » de cette dimension dans un contexte culturel qui change très vite et qui pousse les directions à changer leur point de vue. Cette évolution leur pose question et remet en question les limites qu'ils s'étaient posées, y compris la question du port du voile qui est une problématique récurrente pour laquelle ils se sentent concernés.

« Mais je trouve actuellement plus important qu'il y a quelques années. Je trouve que cela devient actuellement dans l'histoire actuelle pour tous, un besoin de montrer que les choses peuvent être très tolérées et qu'elles ne partent pas dans les extrêmes. On est dans les extrêmes trop vite, montrer que les choses restent à taille humaine, on est dans un hôpital où il y a des problèmes, où on peut avoir un peu de réconfort. C'est important. Comme ça change beaucoup il faut en parler. Je crois qu'il y a une demande. Personne n'est venu me demander de faire ça directement mais on sent. J'étais moins centré employé, très fort centré patient, mais ça peut être n'importe qui, car il y a du monde qui passe la famille, les visites, ... » DM2

Dans les premières réponses spontanées à l'entretien, la gestion du fait religieux²⁰ est la thématique nettement dominante, contrairement à la spiritualité des personnes dans le contexte de la maladie-souffrance et du potentiel de ressource de celle-ci (patientèle tout comme le personnel). Cette approche de la spiritualité-ressource ou spiritualité-dynamique de vie, de motivation au travail, n'est pas évoquée pour le personnel et pour les patients. Elle vient plutôt en cours d'entretien, nommée dans le cadre d'une approche de soin « globale ». Ceux qui invoquent spontanément les thématiques liées à une prise en charge globale de la personne sont principalement les directions de soins (cf. analyse chronologique des thématiques²¹).

Un thème pas facile à circonscrire, la spiritualité est « mélangée »

La conception de la spiritualité est parfois décrite comme « *mélangée* » entre éthique, culture, religion, valeurs :

« éthique, ...je mélange un peu les les, les termes, parce qu'il y a les termes : la spiritualité, la religion, il a toutes les valeurs, il y a toute l'éthique ... Pour moi, enfin je veux dire, la matière se mélange parfois un peu (...) » DS4

« Peut-être qu'un des aspects qui est parfois complexe c'est euh, et c'est aussi à travers la multi culturalité, c'est le problème de langue et de la difficulté de pouvoir exprimer euh son souhait, ça c'est parfois difficile » DM3

« ... aux différences de spiritualité ou de culture euh. Parce que parfois c'est difficile de vraiment faire tout à fait le, la distinction. » DM4

Parfois elle est dans un premier temps « religieuse » puis « éthique » puis « valeurs ».

²⁰ Le « fait religieux » : définit la présence des religions dans notre monde comme une réalité allant de soi (Durkheim), sans impliquer nécessairement, chez celui qui emploie l'expression, une adhésion à l'une ou l'autre de ces religions. Le concept est critiqué par Régis Debray (Debray, 2002) une critique qui montre la commodité politique d'un concept très réducteur : il réduit au « fait » le religieux et le « religieux » au fait. Facilitant ainsi l'utilisation du mot en position d'extériorité assez compassée.

²¹ ²¹ Cf Annexe Tableau chronologie des thèmes.

Analyse

L'appropriation : une problématique importée ?

La question de l'appropriation initialement posée se situait dans le cadre d'une problématique qui s'intéresse à la position des hôpitaux dans l'échiquier de la Santé Publique et de l'impact que pourrait avoir sur la santé et les soins, une prise en compte de la S/R des patients et du personnel hospitalier par les directions hospitalières. Nous voyons que les réponses des directions hospitalières bruxelloises correspondent peu à cette problématique pour ce qui concernerait l'impact sur la santé de la S/R. En tous les cas pas majoritairement et pas explicitement, mais elles disent autre chose de la considération de la spiritualité dans un hôpital aujourd'hui à Bruxelles dans le cadre des soins. Le phénomène d'appropriation biomédicale du spirituel, tel que décrit par Jobin, lui-même résidant en Amérique du Nord (Université Laval), n'est pas aussi évident sur le terrain bruxellois qu'il n'y paraît dans la littérature nord-américaine.

Appropriation chez Jobin

Le concept d'appropriation est-il finalement opérant pour notre problématique ? Cela dépend de quelle appropriation nous parlons. Le concept est proposé par Guy Jobin dans le cadre d'une analyse critique de l'intégration de la spiritualité dans les soins, au Québec et en Amérique du Nord. Son analyse de 2013 (Jobin G. , 2013), se base sur les définitions de la spiritualité dans les manuels de formation des disciplines médicales, soignantes, psychologiques et de l'aide sociale. À ces analyses issues des manuels (*Handbooks*), s'ajoutent, dans le champ sanitaire, les mutations qui ont eu cours ces dernières années au Québec (Charron, 2013) : le changement de statut de la pastorale de la santé au Québec qui perdent en 2011 leur mandat des Églises²². Les « intervenants en soins spirituels » sont alors employés des directions hospitalières (mandatés par les directions des soins ou administratives selon l'organisation locale). Au croisement de cette littérature aux USA (présentée dans la problématique) et des mutations dans le domaine de l'accompagnement spirituel prend son essor le *Spiritual Care* qui se présente comme une attention, un souci à la spiritualité des personnes, dont la compétence spécifique revient aux intervenants en soins spirituels en collaboration avec les équipes de soins qui développent alors des compétences de base en *Spiritual Care* (Büssing, Balzat, & Heusser, 2010) , ne serait-ce déjà que pour apprendre à collaborer avec les intervenants en soins spirituels. Le *Spiritual Care* se veut pro-actif (Frick, 2012) et implique des compétences, des actions et des « soins » compris comme « *care* » (souci) et dont la traduction en français ne trouve pas d'équivalent à l'heure actuelle. Le *Spiritual Care*

²² L'adoption du terme Intervenant en soins spirituels est promu par le Ministère de la Santé et des affaires sociales en février 2010.

engendre aujourd'hui une littérature très abondante²³. C'est donc l'ensemble de ces changements, l'abondante littérature et la nouvelle responsabilité des directions hospitalières pour les « soins spirituels » qui a poussé et même contraint ces directions à une nouvelle appropriation en Amérique du Nord. Si elles se sont appropriées le souci pour le S/R c'est bien à partir de ce qu'elles étaient : des institutions pourvoyeuses de soins avec un modèle d'organisation et de pensée biomédicale. C'est avec ces lunettes qu'elles ont reçu leur nouvelle fonction et dès lors un travail de mise en évidence des risques d'instrumentalisation de la S/R a commencé chez des analystes critiques du phénomène, avec avant tout et à l'origine, un risque de réduction de la dynamique spirituelle au langage biomédical que nous aborderons plus loin:

« Il faut reconnaître que l'accueil de la spiritualité dans l'institution est un processus d'appropriation. S'il est vrai que « tout être est reçu dans un autre selon le mode de celui qui le reçoit ²⁴ » (...) dans le cas qui nous intéresse, l'accueil de l'expérience spirituelle dans la culture biomédicale s'est réalisé selon les cadres épistémologiques et cliniques de la biomédecine. L'élaboration des grilles d'évaluation de l'état spirituel du patient ; la protocolisation de l'intervention spirituelle ; la mesure de l'efficacité des interventions selon des critères validables par la recherche, l'élaboration de concepts diagnostics-besoin spirituel/détresse spirituelle-venant de la profession infirmière : voilà autant d'indices de ce que j'ai nommé plus haut le formatage des pratiques et des discours dans les logiques normatives de l'institution. Pour terminer, ce formatage ouvre le porte à une possible instrumentalisation de l'expérience spirituelle aux fins d'une logique de l'efficacité du soin, ou du moins d'une logique d'obligation de moyens. » (Jobin G. , 2018) p.115

En parcourant ces lignes et les exemples d'appropriation (échelle, intervention spirituelle, etc.) nous ne pouvons que constater que la réalité des hôpitaux bruxellois est à des kilomètres, au sens propre, de ce formatage et que ces pratiques n'existent pas en leur sein. Le concept d'appropriation, chez Jobin, a été suscité par la réduction du spirituel à l'utilisation que pourrait en faire la bio-médecine. Elle pointe le risque d'« instrumentalisation » du spirituel en milieu de soin. Les cinq directions, interviewées dans le Temps 2 à propos des études d'impacts (S/R sur la santé), disent ne pas connaître ces études mais sont ouvertes et prêtes à utiliser leurs résultats si les preuves d'une efficacité effectivement existent, sans évoquer ce risque d'instrumentalisation. Le risque soulevé par les directions bruxelloises est l'atteinte de la neutralité par le risque de prosélytisme sous-jacent de ceux qui les proposeraient pour autre chose que l'effet produit sur la santé (adhésion à une croyance, etc.)

Appropriation à Bruxelles

Est-ce que nos directions bruxelloises s'approprient quelque chose de nouveau qui ne leur « appartenait » pas auparavant ? Exercent-elles comme toujours leur responsabilité dans ce domaine ou y a-t-il réellement une appropriation différente ? La question doit probablement être

²³ Nombre d'articles sur Pubmed indexés durant l'année 2017 avec « Spirituality » : 675 et « Spiritual Care » : 650

²⁴ Citation de Thomas D'Aquin, Somme théologique tome 1, Paris, Le Cerf, 1984, p.658 (la *pars*, q.75, a.5, respondeo)

plutôt posée ainsi. L'évolution de la société ces dernières années nous donne quelques réponses mais pas dans le même sens que la littérature nord-américaine. La réponse est moins dans une médecine qui s'« humaniserait » et profiterait du potentiel spirituel en vue d'une meilleure santé que dans un souci d'accueil d'une nouvelle patientèle et d'un nouveau personnel suite à des changements de génération et aux flux migratoires.

S'il y a appropriation, il faudrait alors s'entendre sur l'adéquation culturelle du mot en Belgique. Nous ne pouvons pas parler d'appropriation au sens de Jobin. Les directions bruxelloises disent « *ne plus pouvoir faire fi de ...* » et intègrent dans leur champ de responsabilité l'ouverture à la S/R mais sous l'angle d'un vivre ensemble (respect du patient) et de la qualité des soins (améliorer le sentiment d'être accueilli, de se sentir bien). L'impact de la S/R sur la santé n'est pas le reflet des préoccupations des directions bruxelloises et sans doute européennes, en tous les cas francophones où les revues ne traduisent pas ou très timidement cette littérature. Deux éléments principaux pourraient expliquer cette absence de traductions dans les publications : la prégnance de religion dans la vie des gens en Amérique du Nord et l'inadéquation avec la sécularisation des populations nord-européennes²⁵ (Schreiber, 2015) mais aussi les régimes de laïcité différents : la célèbre « laïcité à la française » reléguant la S/R à l'espace privé.

À Bruxelles, l'appropriation serait plutôt une appropriation d'un nouveau rôle : hôte multiculturel. L'hôte est celui qui a fondé historiquement l'étymologie du mot hospice qui est devenu ensuite l'hôpital. Le mot n'est pas utilisé par aucune des directions, mais c'est pourtant de cela qu'elles parlent prioritairement : l'accueil, l'ouverture, « *que les patients se sentent bien* ». L'hospitalité à l'hôpital (Verspieren, 2006) fait probablement - mais cela serait à vérifier - partie de ces mots qui, comme la charité, la vocation et d'autres, non plus leur place à l'hôpital suite à la sécularisation des institutions. Une rupture est de mise avec le passé religieux, et ce y compris dans le secteur privé où ces mots n'apparaissent pas dans le langage utilisé. Autrefois lors de la fondation des premiers hôpitaux en Belgique, la population alors était homogène et l'identité de l'institution (religieuse) ne faisait qu'un avec l'identité des personnes accueillies (religieuses elles

²⁵ « Les chiffres relatifs à la Belgique la situent quelque peu au-dessus de la moyenne européenne : 30 % d'incroyants, 18 % d'athées, et 44 % de croyants, très majoritairement catholiques. Ces résultats rejoignent les données fournies lors de l'étude réalisée par une équipe de sociologues de la Katholieke Universiteit Leuven (KUL) et de l'Université catholique de Louvain (UCL) dans le cadre de la European Values Study (EVS), données récoltées en 2009 et portant sur la décennie écoulée. » (...) « Alors que les USA demeurent le « premier pays chrétien au monde » avec sept Américains sur dix qui se réclament du christianisme en 2014 — contre presque huit sur dix (78 %) en 2007 — soit un déclin de 5 millions de personnes (...) Une étude menée par le Pew Research Center — *America's Changing Religious Landscape* — montre en effet qu'entre 2007 et 2014, le nombre des « sans affiliation » — athées, agnostiques ou ceux qui répondent « rien en particulier » à la question relative à leur croyance — a grimpé de plus de six points aux Etats-Unis, passant en sept ans de 16 % à près de 23 % (soit 56 millions d'Américains). » (Schreiber, 2015, p. 2)

aussi). Aujourd'hui être « hôte de soins », à Bruxelles, est un rôle qui questionne. Que ce soit l'accueil de tous, le bien-être conçu différemment pour certains, l'hôte doit composer avec la diversité.

Au fur et à mesure de cette recherche, la problématique s'est déplacée et distanciée des résultats des publications scientifiques actuellement disponibles dans le domaine médical qui monopolisent les discussions sur la S/R en milieu de soins. Les résultats de notre recherche se dirigent vers le rôle emblématique du vivre-ensemble dans les hôpitaux en milieu urbain d'Europe du Nord et plus particulièrement en Belgique composée de nouvelles populations qui intègrent dans toutes les facettes de leur vie la S/R, en particulier la population musulmane qui capte l'attention de la société faisant même oublier les autres minorités :

« La place occupée par l'islam dans les médias, (...) tend à occulter la présence de plus en plus nombreuse et de plus en plus dynamique d'autres groupes religieux, en particulier dans la capitale. » (Schreiber, 2015, p. 3).

La complexité de cette appropriation est ainsi redoutablement difficile pour ces directions qui ne sont pas issues elles-mêmes de ces populations immigrées (pour le moins aucune des 13 institutions interviewées ne semble l'être mais une question directe aurait pu permettre de l'objectiver).

Ainsi lorsque les directions bruxelloises parlent du bien-être, c'est sous l'angle du respect des patients ou du confort sans lien direct avec la spiritualité et la religion : leur permettre de se sentir dans un environnement confortable reviendrait plutôt à mettre en valeur une dimension d'hospitalité, d'accueil. Il ne s'agit pas pour eux de prendre en considération et de valoriser une pratique, spirituelle ou religieuse, celle du patient par exemple, qui viendrait augmenter son bien-être voire sa santé en la soutenant. Ils évoqueront plutôt l'importance de l'accueil, de tous, et la S/R a quelque chose à voir avec cela : « *se sentir bien* », « *se sentir respecté* », qui n'est pas nommé comme un concept-médiateur avec la santé. Si dans le cadre des soins globaux il est un concept-médiateur, il n'est en rien instrumentalisé de manière organisée et souhaitée par les directions.

Quels questionnements à Bruxelles ?

Si la problématique semble « importée », où se situent alors les questionnements (dans le sens d'une remise en question) des directions bruxelloises? Parmi les thèmes où les directions reconnaissent se sentir concernées et avoir une responsabilité, tous ne sont pas sujets à une remise en question ou certains moins que d'autres en tous les cas.

La réflexion éthique est peu sujette à questionnement par exemple²⁶. Pour les directions la réflexion éthique doit être présente et suivre le cadre légal (voire éventuellement en faire plus que le cadre légal) mais elle n'est pas profondément remise en question ; sauf la problématique irrésolue et difficile des professionnels ne pratiquant pas d'euthanasies ou d'IVG et optant pour la clause de conscience ayant pour conséquence que d'autres professionnels doivent en pratiquer plus.

Les valeurs institutionnelles ne sont pas sujettes à de nouveaux questionnements même si elles sont un point d'investissement majeur de l'activité des directions (les « *activer* », les « *travailler* », les « *promouvoir* » ou les « *défendre* », etc.).

L'organisation des accès aux cultes et aux représentations religieuses découlant de la circulaire de Saeger²⁷ ne pose aussi pas vraiment de problèmes aux directions et cette responsabilité est « *claire* » pour eux. Quelques améliorations sur la visibilité en particulier sont discutées mais ne remettent pas en question l'organisation ou l'attribution des rôles de chacun. Par contre la spontanéité du passage des aumôniers, qui touche à la considération de la neutralité, leur pose question ainsi que la « *spontanéité* » dans les propositions faites aux patients pour un espace spirituel. Doivent-ils être plus présents, plus proposant ? par une ambiance plus explicitement « *spirituelle* » ? La question est soulevée lors des réaménagements des locaux ou fusions (sauf dans certaines institutions publiques qui ne préfèrent pas remettre en questions leur option de « *neutralité* »).

Par contre la gestion de « l'accueil de tous », de l'ouverture à tous au travers des notions de neutralité est en questionnement de manière très prononcée chez la grande majorité des directions. Elles sentent qu'il faut repenser cette neutralité (pas toutes mais la majorité). Ce questionnement se rapproche alors de celui des milieux de l'entrepreneuriat et du service public qui doivent trouver une modalité de présence à leur personnel et clientèle/société qui puisse satisfaire le plus grand nombre tout en respectant l'État et ses lois. Seulement les lois constitutionnelles se trouvent, en milieu de soins, en concurrence avec d'autres « impératifs » que sont les « besoins » des patients et le soulagement de leurs maux. A cela vient s'ajouter le désir d'épanouissement du personnel et de cohérence dans le sens donné à leur vie et à leur travail (exigence d'une nouvelle génération), ainsi que le personnel immigré qui n'entend pas toujours vivre une séparation de la vie spirituelle et de la vie professionnelle.

²⁶ Les décisions sont déléguées aux comités d'éthique auxquelles les directions ne siègent pas. La casuistique qui s'ensuit ne semble pas ébranler les directions qui situent les problèmes « spirituels » ailleurs (les aspects financiers, la neutralité, l'attractivité du personnel, etc.).

²⁷ Circulaire du ministre J. de SAEGER, datée du 5 avril 1973.

Cet accueil de tous pourrait réunir tous les thèmes énoncés et pour lesquels les directions ont dit se sentir concernées. L'accueil de tous implique l'écoute des patients (donc l'écoute de leurs « besoins » spirituels et religieux), l'écoute du sens des choix éthiques, l'organisation des cultes et des espaces spirituels, le bien-être adapté à chacun (en fonction de ce qu'il désigne comme le bien-être pour lui). L'accueil de tous se fait sous des modalités différentes et c'est là que les distinctions s'affirment entre réseau privé et public.

Le spectre de la neutralité

Nous voyons se dessiner alors un spectre de la neutralité en milieu hospitalier avec différentes conceptions de la neutralité allant de la plus « neutralisante », ne désirant pas que le S/R soit plus exprimée (au moins au mieux). Cette position est la tendance générale des hôpitaux publics. L'autre position extrême est la plus tolérante et incitative pour l'expression du S/R : c'est la tendance des hôpitaux privés. Le mot *laïcité* est très peu évoqué : en cela le vocabulaire utilisé rejoint celui de l'ordre constitutionnel belge qui ne mentionne pas la laïcité (De Coorebyter, 2014, p. 30), contrairement à l'état français, mais uniquement la neutralité (Saygin, 2016). Les mots « *laïcs* » ou « *la laïcité* » utilisés, désignent généralement dans le discours des directions hospitalières ce qui est attribué à la « morale laïque » reconnue en Belgique au même titre que les cultes. Les directions se disent les garantes des limites de la neutralité, mais ces limites sont appelées à bouger sous l'impulsion des changements de société qu'elles ressentent. Les directions, y compris au sein d'un même établissement, peuvent avoir des infléchissements différents dans la vision de la neutralité.

L'expression du spirituel/religieux est plus ou moins promue selon la considération plus ou moins positive de l'expression spirituelle ou religieuse. Elle est soit vue comme un enrichissement (exprimer son identité, sa culture, ses croyances) avec des malaises potentiels si cela va trop loin, c'est la laïcité conviviale décrite parmi les douze laïcités de Baubérot (Baubérot J. , 2015) ou dite aussi émancipatrice (Delgrange, 2015) ; soit cette expression est vue comme une intrusion et un risque pour la société, qui pousse à ne pas poser de questions actives sur ce sujet : elle agit alors comme une « neutralisation » du religieux-spirituel. C'est une laïcité plus proche de la laïcité autoritaire (Baubérot J. , 2015) ou inhibitrice (Delgrange, 2015). Le cadre légal en Belgique donne une marge aux établissements pour leur manière de mettre en œuvre la neutralité, cette neutralité décrite dans les textes légaux est dite à la base « émancipatrice » (Delgrange, 2015), ou de « non-interdiction » dans la constitution belge.

Les directions sont issues de la société occidentale européenne dans laquelle aujourd'hui la laïcité tend à devenir de plus en plus inhibitrice (Baubérot J. , 2014). En effet, si la population bruxelloise accueille de plus en plus de communautés dont la religiosité est très active, sa

population « indigène » se sécularise de plus en plus comme l'indique le rapport de l'Observatoire de la laïcité en 2017:

« Car Bruxelles demeure en effet un laboratoire des plus vivaces de la pluralité du religieux en modernité, comme elle constitue dans le même temps l'exemple d'une ville sécularisée, où les modes de vie de nombre de familles se situent aux antipodes des normes imposées par les prescriptions religieuses. Cette dualité culturelle compose l'une des marques de fabrique de la capitale belge et européenne... » (Sägesser, Schreiber, & Vanderpelen-Diagre, 2018, p. 3)

Les remises en questions que certaines directions évoquent, se situe plutôt dans une potentielle ouverture vers une laïcité émancipatrice, à contre-courant de la tendance sociétale²⁸. Le souci d'accompagner au mieux la souffrance, avec toutes les ressources à disposition dont les ressources de la S/R mais aussi l'approvisionnement du personnel hospitalier de cultures et de spiritualités différentes, par des échanges de plus en plus fréquents et une compréhension plus fine de leur vécu, pourraient expliquer cette tendance inverse. Les directions auraient ainsi tendance à vouloir aller vers une laïcité « conviviale » correspondant alors à un espace de non-discrimination²⁹ envers le personnel qui permet l'expression culturelle, spirituelle et religieuse vu sous un regard positif de partage, d'épanouissement personnel :

« Et donc, en effet moi je trouve ça très (...) Par exemple, quand c'est le moment du ramadan, ben c'est gai de pouvoir en parler aussi. "Tu n'as pas faim ? Et t'as pas soif ? Et t'es pas fatigué ?" On prend soin de l'autre mais donc c'est sans jugement. Donc la neutralité. C'est pas qu'on ne peut pas en parler. On peut en parler et c'est gai et c'est intéressant. Et puis, à un moment donné, c'est vrai que pour moi aussi, j'ai découvert comme ça, le plaisir qu'il y a dans ces... Hein, pendant toute une journée, ils mangent pas et ils ne boivent pas. Mais quand il fait noir il y a la fête de famille et alors ils m'expliquent un peu comment les enfants sont introduits. C'est gai, ça... euh...enrichit la vie et ça nous permet bien entendu à travers les expériences des collègues, d'être plus ouverts vis-à-vis des patients. » DS4

L'exemple ci-dessus est plutôt une exception. Les directions n'évoquent pas le soutien à la S/R de leur personnel et ne le présentent pas durant les entretiens sous l'angle d'une ressource potentielle pour eux. L'absence de réponse des directions des ressources humaines l'indiquent probablement aussi. Le souci des directions pour le personnel hospitalier se porte presque uniquement sur le « *vivre ensemble* » comme gestion non-conflictuelle du fait religieux et ses conséquences sur la performance des équipes (éviter le risque de communautarisme). Il y a très peu mention de ce qui pourrait approcher le *Workplace Spirituality* : sauf les directions des

²⁸ Un exemple dans ce sens est évoqué par la décision du CPAS de Louvain d'autoriser le port du voile sans limite : « *Le conseil de CPAS de Louvain a approuvé un cadre réglementaire autorisant le personnel du centre à afficher des signes convictionnels religieux ou philosophiques ostensibles peu importe la fonction exercée. "Le respect mutuel et la qualité du service" figurent au coeur de la réglementation, a indiqué le président du CPAS Herwig Beckers (CD&V) : "Notre organisation fait le choix d'une neutralité inclusive", énonce le texte-cadre. "La neutralité émane de l'action des collaborateurs et non de leur apparence. Il n'y a dès lors pas de limite dans l'affichage de symboles (religieux) peu importe la fonction exercée" »*

LE SOIR, *Le CPAS de Louvain autorise le port du voile sans limite*, Mise en ligne le 22.9.2018, [consulté le 10.7.2018], <http://www.lesoir.be/115658/article/2017-09-22/le-cpas-de-louvain-autorise-le-port-du-voile-sans-limite>

hôpitaux privés qui mentionnent souvent la « *culture de l'hôpital* » et « *l'esprit* » de l'institution jusqu'à cette direction qui mentionne voir symboliquement son institution comme un « *lieu de culte* ».

Le management différencié

Dans la littérature sur le fait religieux en entreprises, trois postures d'entreprise (Galindo & Zannad, 2014) sont généralement de mise :

1. Refus/déni : position majorant l'impératif de neutralité ;
2. Tolérance, laxisme : les identités plurielles sont vues comme source de performance ;
3. Aménagement/dialogue social.

La tendance actuelle des hôpitaux bruxellois semble aller vers plus de tolérance et d'aménagement ou en tous les cas cette question s'ouvre chez certaines directions qui ne l'envisageaient pas il y a quelques années. Le port du voile est souvent mentionné comme emblématique de ce questionnement. En Belgique, la législation ne prohibe pas le port de signes convictionnels en milieu hospitalier et les règlements intérieurs des hôpitaux trouvent la formulation adéquate pour leur établissement (Berhoumi, 2011). Les directions interviewées invoquent cependant une attention particulière à des ports jugés trop ostensibles.

Les risques évoqués par Galindo et Zannad pour une position plus tolérante se situent principalement dans le risque de communautarisme. C'est un risque perçu par les directions de soins qui l'ont vécu dans une moindre mesure dans le cadre des pénuries de personnel. Une direction présente le cas des engagements en masse de personnes immigrées venues du Liban pour les soins (par exemple DS3), risque évoqué aussi par DS1. L'excès de tolérance qui irait jusqu'à ne plus permettre de reconnaître l'identité de l'établissement est aussi nommé par une direction de soins d'un hôpital privé DS2. Comme indiqué dans le modèle de Galindo et Zannad, Le leadership personnalisé pourrait être un exemple d'« *exploitation* » des identités plurielles pour une meilleure performance prônant plus de tolérance.

Et pourtant aucune direction ne mentionne le vocabulaire des aménagements, des accommodements raisonnables, du dialogue social, pour les aspects qui touchent à la S/R dans une optique de plus grande souplesse. Aucune direction ne mentionne de concepts catalysant les problématiques qu'ils suggèrent au niveau du management du personnel et des différences culturelles et religieuses. Cela pourrait être le cas avec des mots comme : « management multiculturel » (prise en compte des revendications selon une logique d'accommodement raisonnable) versus « management interculturel » (gestion par anticipation et non uniquement face à une crise) ou « management différencié » (dialogue équilibré qui ne s'oppose pas systématiquement à toutes les demandes) en ce qui concerne le fait religieux par exemple (Younès, 2018). Cette absence dans l'élaboration langagière et conceptuelle peut nous indiquer

a priori que ces notions ne sont pas connues, et encore moins travaillées par les directions hospitalières. Elles ont en effet évoqué « *le manque d'occasion* », « *d'autres priorités* » ainsi que l'absence de formation continue ou même initiale pour leur fonction de direction pour la S/R.

Certaines directions pourraient même se situer, selon Younès, (Younès, 2018) dans la pratique du « voile d'ignorance ». Ce seraient des directions qui préféreraient considérer la pratique d'un point de vue individuel et interculturel plutôt que les questions métaphysiques qu'elles soulèvent et qui dans leur complexité les dépasseraient³⁰. Régis Debray dans son rapport sur la laïcité en France (Debray, 2002) parle lui du passage nécessaire des institutions d'une « laïcité d'incompétence à une laïcité de l'intelligence. ». Nous avons peu d'éléments pour juger d'une « incompétence » des directions bruxelloises en matière de laïcité et il y a peu d'échos de cas de mauvaises gestions de la neutralité en leur sein qui soient venues au jour (mise à part les jurisprudences sur le port du voile par exemple mais qui n'ont pas eu d'échos médiatiques dans le cas des hôpitaux). Les directions interviewées semblent au contraire être ouvertes et intéressées mais à nouveau « *le manque d'occasion* », l'absence de priorité pour ces questions, l'évitement de problèmes supplémentaires et le manque de formation pourraient les amener au « voile d'ignorance » selon la piste de Younès. Le problème selon Younès est lié à la résurgence du fait religieux dans la société (et de sa visibilité) sur fond d'inculture religieuse, citant aussi le rapport de Régis Debray. Trois étapes sont décrites pour la gestion du fait religieux par les entreprises :

- le tabou qui ne considère aucun changement,
- la vision du fait religieux comme potentiel perturbateur et porteur de conflit à gérer au cas par cas de manière pragmatique pour éviter des problèmes plus importants,
- la vision du fait religieux comme lieu d'identification et de potentiel pouvoir.

Les hôpitaux bruxellois pour la plupart se situent dans la « voie du milieu » : essayant de considérer au cas par cas les problèmes « *qui remontent* » en essayant de minimiser les conflits. Les trois étapes de la gestion du fait religieux décrites par Younès semblent coïncider dans notre étude avec les extrêmes de notre spectre de la neutralité. A une extrême les plus « *neutres* », c'est-à-dire adoptant une « neutralité » inhibitrice, ne désirent plus aucun débat sur la neutralité : « *la neutralité point barre* », « c'est un *prérequis* » (qui ne doit plus être discuté). Celles-ci utilisent alors le vocabulaire : « *serment de neutralité* », « *garantie de neutralité* ». Dans l'autre extrême, dans le réseau privé, vivant un certain malaise vis-à-vis de ce qu'exigerait la neutralité, une direction nomme que son hôpital serait un « *lieu de culte* » à sa façon, « *formatant* » son

³⁰ « Nous empruntons cette expression à John Rawls qui considère que la complexité de certains sujets à caractère métaphysique nécessite une attitude de voilement délibéré. Le « voile d'ignorance » s'étend sur la dimension religieuse et fait abstraction de l'appartenance à une communauté pour ne s'adresser qu'à l'individu en tant que tel. Voir *Théorie de la justice*, Paris, Seuil, 1987. » Cité par Younès, (Younès, Le fait religieux en entreprise, 2018, p. 288).

personnel et créant une culture affirmant un pôle catholique dans les institutions de santé bruxelloises. Entre ces deux extrêmes, différentes positions sur la neutralité co-existent même au sein d'un même hôpital, avec des manières de gérer le fait religieux différentes mais en général toutes cherchent à minimiser les problèmes que pourraient générer la S/R en leur sein.

Younès constate que la diversité ne fonctionne pas par elle-même (Younès, 2018, p. 291), elle n'est pas nécessairement bénéfique, mais elle peut être accompagnée, régulée : ni l'hypertrophier dit-il, ni l'étouffer, et ne pas confondre les difficultés culturelles avec les difficultés managériales. Il invite surtout à augmenter la capacité de connaître pour reconnaître : pour éviter le communautarisme et être dans une démarche de reconnaissance de la différence, le manager doit d'abord connaître cette différence. La question de la formation à la connaissance qui mène à la reconnaissance, lui semble indispensable.

Le langage utilisé

Le constat que la spiritualité, au travers des thèmes évoqués, ne soit pas explicitement nommée dans les entretiens nous amène à considérer l'élaboration théorique des thèmes dans leur articulation avec la S/R. La complexité du fait religieux et de tout ce qui toucherait à la spiritualité ne rencontre que très peu de concepts-clef dans les entretiens. Par exemple, lorsque les directions parlent de la gestion des cultes et de l'expression religieuse, ce sont les mots les plus usuels de la société civile qu'ils utilisent : *vivre ensemble*, *neutralité*, etc. Le « fait religieux » n'est pas même mentionné (sauf une fois lors du dernier entretien), ni même « l'accommodement raisonnable » ou un qualificatif pour le type de laïcité-neutralité promulguée par leur établissement.

Les directions évoquent le leadership, le bien-être, l'éthique, etc. mais l'articulation entre spiritualité et leadership personnalisé, spiritualité et bien-être, spiritualité et éthique, est sous-entendue par le contexte de l'entretien, c'est-à-dire une recherche centrée sur la S/R. En quoi et pourquoi le leadership personnalisé est-il évoqué durant un entretien ? Quelques indications permettent de sous-entendre les liens mais il n'est pas explicitement dit que la spiritualité des personnes va avoir un impact sur leur vie professionnelle en équipe. Par exemple, ils ne mentionnent pas le potentiel de ressources de la S/R chez les professionnels qui justifierait durant l'entretien de parler de leadership personnalisé. Ressource que Younès décrirait ainsi :

« Dans la mesure où le spirituel peut constituer un horizon de sens générateur de vitalité, située certes au-delà de la logique de productivité et de richesse matérielle proposée par certains modèles d'entreprise, il peut aussi rejaillir sur une réelle qualité de vie en commun, indispensable pour notre société aujourd'hui » (Younès, 2018, p. 296)

Un autre thème exprime à nouveau cette difficulté d'explicitation: les directions perçoivent un lien entre spiritualité et coopération-solidarité ainsi qu'avec toutes les démarches qui sortent de « *l'individualisme* » (au niveau patient et personnel hospitalier), puisqu'elles les évoquent dans le contexte de l'entretien. Il en va de même avec leur volonté de se soucier des patients en

difficultés financières. Cependant la nature du lien, ce qui peut expliquer le lien entre spiritualité et solidarité, spiritualité et coopération n'est pas nommé. Cela pourrait être la « force de résistance » (Jobin G. , 2017) que procure une S/R ou un autre concept.

« Euh et je crois que toutes les questions qui sont posées par votre travail sont des questions qui sont tout à fait pertinentes parce qu'il en va de ce qui fait qu'une société est une société solidaire. Si le mot solidaire ne motive plus les gens à travailler ensemble, la société a un vrai problème. Alors quelle est l'origine de ça ? Est-ce que c'est la tour de Babel ? Peut-être. » DM5

Cette pauvreté dans le vocabulaire pourrait indiquer une très faible mise à disposition de concepts dans leur milieu. Elle ne serait pas a priori le reflet d'un désintérêt volontaire de la problématique par les directions, mais plutôt un domaine peu ou pas partagé, que ce soit avec des collègues, des experts, et non sujet à des formations (initiales ou continues). Il n'y aurait alors pas de « tradition de langage » qui permette d'aller puiser dans un ensemble de concepts ce qui pourrait aider à avancer les questionnements. Les seules lectures-ressources citées durant les entretiens sont les réflexions de l'Association pour mourir dans la dignité et de Gabriel Ringlet, d'autres directions disent n'avoir plus le temps de lire quoi que ce soit et enfin deux d'entre elles me partagent (hors enregistrement) leur lecture du moment qui sont des lectures grand public sur la religion de tendance évolutionniste. Aucune de ces lectures ne leur est destinée en tant que direction d'établissement hospitalier, ni ne sont des lectures professionnalisantes.

Le même déficit sur le fait religieux dans le monde des entreprises est évoqué par des observateurs du management en Europe, réunis en 2017 lors d'un cycle de séminaires à l'UCLouvain, travaillant les interrogations interdisciplinaires sur la spiritualité en entreprise:

« Les références lexicales à la spiritualité dans le management sont nombreuses dans les pays anglo-saxons, tandis qu'elles émergent en Europe et apparaissent timidement dans les pays francophones et sécularisés. » (Allaux, 2018, p. 297)

Nous avons vu que les directions bruxelloises « s'approprient » plusieurs domaines qui touchent à la S/R dans leurs établissements, dans le sens où elles reconnaissent se sentir concernées et avoir des responsabilités : elles en formulent des actions pour leur management. Cependant, lorsque nous parlons d'une appropriation au sens d'un champ nouveau de responsabilité ou d'un questionnement nouveau à mettre en œuvre, alors pour passer du simple souci à l'élaboration concrète, le manque de mots et de concepts pourrait engendrer probablement des difficultés d'étalement voire d'engagement. N'ayant pas l'assise pour se sentir capables de prendre en main une difficulté ou une nouveauté, les directions pourraient être tentées de l'éviter ou de préférer un statu quo en l'absence de priorité affectée (« *ce n'est pas la priorité* ») pour cela. Cela pourrait être le cas avec la direction médicale DM4 qui trouve que la conception de la prise en compte de la S/R dans son hôpital est trop « *ancestrale* » : cette conception uniquement orientée vers le culte, néglige selon elle la spiritualité de tout homme. Une approche

philosophique lui conviendrait mieux pour son institution mais elle se déclare « naïve » et peu apte et formée pour oser le réfléchir.

« Je dirais que bon, on partage ici euh, mais ce n'est pas, enfin, dans mon quotidien, ce n'est, ça n'a pas été une de mes, enfin c'est une réflexion mais ce n'est pas non plus un projet malheureusement euh encore une fois prioritaire ou même. Parce que voilà, il y a tellement d'autres choses et par ailleurs pas les moyens non plus de pouvoir mettre ça en, en, en œuvre euh. Et par ailleurs aussi, encore une fois, comme je le disais, je n'ai pas personnellement le niveau suffisant ou peut-être même les lectures suffisantes que pour vraiment parvenir à conceptualiser quelque chose qui pourrait être quelque chose qui soit utile quoi. » DM4

Une autre direction parle de la difficulté d'expliciter les messages en lien avec la spiritualité et de « l'implicite qui mène au conflit »:

« ... une des grandes difficultés qu'on a c'est que le message soit le plus explicite possible. Beaucoup de, de chercheurs en sciences humaines aujourd'hui, considèrent que l'implicite conduit au conflit. En particulier lorsqu'on s'adresse effectivement à un public très hétérogène. (...) Donc la difficulté c'est d'expliciter les choses sans choquer, sans heurter, avec un langage qui est le plus universel possible. C'est, c'est complexe et c'est particulièrement complexe lorsqu'on s'adresse au-delà de la réalisation d'un acte de soin à ce qui est autour et, et à la prise en charge de l'homme ou de la femme qui se confie à nous. Ça c'est difficile. (...) Or, parler de qualités, ça peut résonner effectivement de manière très, très différente en fonction de son univers culturel ou spirituel. » DM5

Il aurait été intéressant de continuer les entretiens afin de valider ces difficultés dans l'élaboration théorique et le lien avec l'investissement pour le changement, afin d'essayer de comprendre si un manque de conceptualisation freinerait l'évolution des hôpitaux sur ces questions de S/R que nous retenons à ce stade comme une hypothèse probable.

L'accessibilité des mots

Nous avons évoqué l'absence d'explicitation chez les directions de liens entre la spiritualité et les thèmes qu'ils évoquent (hormis les thèmes religieux liés au culturel).

Les directions vont puiser leurs concepts dans leur fond culturel. Ces mots peuvent être fournis par une culture nationale, médicale, philosophique, religieuse, etc., dans un degré de disponibilités des mots qui est variable selon leur fréquence d'utilisation et leur maîtrise (compréhension). Cette accessibilité représente le domaine du dicible (Wittgenstein, (1921) 2004) par rapport à l'indicible: le spirituel peut s'y dire parce que les mots sont offerts par la culture, la langue. Les directions peuvent trouver une satisfaction à y mentionner ce qu'elles désirent exprimer grâce à cette « disponibilité » des mots et des concepts.

La disponibilité des mots dans l'univers médiatique belge, pourrait accentuer la facilité avec laquelle les directions parlent du vivre ensemble et de la neutralité, ceci au détriment d'une spiritualité qui ne se réduirait pas à une forte religiosité.

Nous proposons ici une répartition pour aider à comprendre où se situent les difficultés de langage pour avancer dans les questionnements de la S/R en milieu de soins :

Type d'accès	Espace de parole	Zone de recherche langagière et d'inconfort	Espace de non-parole
Accès linguistique Ce qui peut se dire car les mots existent	Le dicible Les manifestations de la vie, mort, souffrance. (De Certeau, Wittgenstein)	Zone grise	L'indicible Le mystère de la vie, mort, souffrance. (la mystique)
Accès par la Désirabilité sociale Ce qui peut se dire car la société/culture en parle.	L'exprimable Respect du patient, autonomie, qualité, vivre ensemble, besoins, ... « Le langage spirituel de la clinique » (Jobin, 2017)	Zone grise	Le non-exprimable jusqu'au tabou « La S/R est un leurre. » « La S/R est l'essence. »

Les mots peuvent être insuffisants, inexistants pour décrire le spirituel : c'est l'indicible. La mystique par exemple doit utiliser et réduire à des formules poétiques, allusives, l'expérience spirituelle (De la Motte, 2004). Même si les mots-concepts existent, il y a aussi ce que la sociabilité autorise de dire ou non : la désirabilité sociale³¹ comme tendance à désirer produire une image de soi favorable ouvre cet espace de l'exprimable, ce qui peut se dire en société. Cette zone frontière entre l'exprimable et le non-exprimable est qualifiée par les directions bruxelloises : c'est le « *touchy* », « *très sensible* ». Une zone qui correspond à une zone potentielle de conflit, une zone de frontière entre le personnel et le professionnel, entre le « ça se fait » et le « ça ne se fait pas » propre à la désirabilité sociale. C'est cette zone qui est appelée à bouger sous la poussée du processus d'appropriation et qui a besoin de l'accessibilité des mots-concepts pour le faire de manière explicite et partageable. Se faire comprendre est un souci des directions constant (nous l'avons vu à propos de la traduction des valeurs institutionnelles) et celles-ci désirent fortement ne pas embraser inutilement des institutions déjà si complexes.

Ceci est vraiment palpable dans nos entretiens. Une direction mentionne qu'elle se pose la question de la création d'un nouvel espace spirituel mais qu'elle y réfléchit seule (peu de partage aux collègues, pas aux référents religieux, pas de consultation du personnel). Les directions ont dit que les questions relatives à la S/R ne sont pas dans le domaine du tabou. C'est le manque d'opportunité, de priorité, probablement comme nous l'avons vu de concepts opératoires qui

³¹ Nous prendrons ici les deux définitions relatives au terme « désirabilité sociale » de l'Encyclopédie Universalis (2017) qui dans ses deux concepts distincts mais reliés seront repris dans ce travail de mémoire : ici pour l'analyse du langage et plus bas pour la critique des méthodes. « *D'une part, il désigne l'adéquation de pensées (par ex., croyances, opinions, jugements) ou de comportements avec les normes sociales en vigueur dans un contexte social ou culturel donné. Ainsi sont définis comme socialement désirables les pensées et comportements en accord avec ce que les individus doivent penser ou faire pour être appréciés par autrui dans un contexte social particulier. D'autre part, le terme « désirabilité sociale » est également utilisé pour décrire la tendance des individus à donner des réponses socialement désirables lorsqu'ils répondent à des enquêtes ou à des tests de personnalité. Cette préférence pour les réponses socialement désirables, appelée « biais de désirabilité sociale », peut se faire au détriment de l'expression sincère des opinions et croyances personnelles, ce qui a pour conséquence de réduire la validité des conclusions tirées sur la base des réponses des individus.* »

soient aidants, mais peut-être aussi la désirabilité sociale différente selon le type de neutralité promue au sein de l'institution. Cette hypothèse serait à explorer : dans un hôpital où la neutralité est « neutralisante », élabore-t-on ces questions plus difficilement que dans un hôpital où la neutralité est émancipatrice ?

Le choix du mode de neutralité des institutions hospitalières n'a pour but déclaré, durant les entretiens, que l'accueil de tous et l'ouverture. L'accueil de tous est une réponse qui peut être lue sous le prisme de la désidérabilité sociale durant l'entretien. Elle peut omettre des zones de « non exprimable » qui pourraient être potentiellement des choix d'évitement : soit de s'investir dans une réflexion très complexe et dont les termes pourraient échapper, soit de ré-envisager des modalités qui correspondent aux directions et à leur manière de vivre la S/R sans s'assurer que cela soit les modalités les plus préférables pour la patientèle et le personnel.

Les difficultés langagières sont aussi inhérentes à la nature même de notre objet : la spiritualité qui ne peut se trouver dans le langage que « réduit » à une expression mondaine (du monde, c'est à dire le langage de la société) et, de plus, les renvois aux représentations sont de plus en plus intramondaine (c'est-à-dire ne renvoyant plus à un au-delà mais à un ici et maintenant) :

« Est-il nécessaire de souligner que les discours spirituels occidentaux, à l'instar d'autres réalités de la vie individuelle et collective, ont connu un infléchissement intramondain ? Ce déplacement signale que les discours spirituels ne se confinent plus à la sphère de la transcendance signifiée par les religions et se déclinent dans des langages où la crédibilité de l'expérience spirituelle ne repose plus sur la conformité aux enseignements d'une doctrine, mais bien sur l'authenticité de la personne qui témoigne de son expérience. Le « lieu » de l'expérience spirituelle n'est donc plus uniquement l'espace institutionnel-langagier religieux. Ce lieu s'étend maintenant à d'autres institutions et d'autres langages, comme le langage des spiritualités laïques. » (Jobin G. , 2016, p. 37)

Les valeurs en œuvre

Selon Shalom Schwartz, le concepteur de la Théorie des valeurs, les valeurs sont des idéaux abstraits -liés aux affects- et principes positifs guidant la vie (Schwartz S. , 2006). Ses recherches cherchant à dégager les structures universelles des valeurs et leurs différences culturelles ont permis de générer un modèle des valeurs dont l'agencement conceptuel est universel mais dont les priorités varient³² (Schwartz & Bardi, 2001). Il est dès lors intéressant de voir comment se situent les valeurs invoquées par les directions par rapport au référentiel culturel et universel de Schwartz.

Les valeurs citées par les directions : accueil, accès pour tous aux soins, respect, justice-égalité, bienveillance, qualité, collaboration, solidarité, sont pratiquement les mêmes dans tous les hôpitaux. Les directions les invoquent abondamment et les utilisent pour diriger leur

³² Cf. annexe Modèle des valeurs chez Schwartz et Chataigné

établissement (explicitement ou implicitement lors des entretiens). Elles guident leur travail, mais elles doivent aussi guider leur personnel. Cette responsabilité leur appartient via leurs cadres intermédiaires pour qu'elles soient partagées et mises en œuvre par le personnel tout autant que par eux. Gage d'unité, de motivation, elles sont le cœur dynamique de leur action, de leur institution.

L'ensemble des valeurs citées par les directions, dans le modèle théorique des valeurs de Schwartz³³ (Schwartz S. , 2006) correspondent à l'axe « *self transcendence* » c'est-à-dire les valeurs qui mènent à un dépassement de soi. Schwartz et ses collaborateurs ont essayé de modéliser les valeurs qui se rapprocheraient de la spiritualité. La religion étant liée aux valeurs de tradition/conservation. Nous allons plutôt observer ce qui se dit de la valeur « vie spirituelle ou spiritualité » qui se trouve dans le modèle de Schwartz, au carrefour des valeurs nommées par les directions de soins (entre autonomie, bienveillance et universalisme). Après des années de recherches et de nombreuses publications (Schwartz S. , 2017) ces chercheurs ont décidé de retirer cette valeur de leur modèle car il la jugeait « culturellement instable ». Sans entrer dans le débat de la considération de la spiritualité comme valeur – fortement critiquée car représentant une réduction de la spiritualité au concept de valeur – nous constatons que la valeur « spiritualité » dans l'ancien modèle de Schwartz était située exactement au cœur des valeurs mentionnées par les directions interviewées (voir annexe Valeurs chez Schwartz, Figure n°1).

Les valeurs autonomie, bienveillance et universalisme sont les mêmes que celles priorisées par la culture occidentale et décrites par cette société comme valeurs morales (Schwartz S. , 2017). Les hôpitaux sont ainsi le reflet de la société qui voit autonomie, bien-être et bienveillance prendre le *lead* sur les autres valeurs (tradition, conservatisme, pouvoir etc.). Cela pourrait signifier que les hôpitaux traduisent dans le langage qui leur est propre, les valeurs de la société et que ces valeurs ont des liens forts avec « la spiritualité ». Une particularité tout de même à relever : la neutralité est vécue comme une valeur et citée comme telle parfois dans les entretiens. Il s'agirait là d'une spécificité belgo-française probablement, que le modèle panculturel de Schwartz n'envisage pas. Elle semble être la véritable différence « de valeur » entre les deux réseaux qui situe une modalité du rapport au « Bien » : la modalité de l'accueil de tous.

Le rapport au « Bien » est quelque peu différent dans les deux réseaux expliquant probablement pourquoi le vocabulaire de la « *défense* » ou du « *combat* » pour les valeurs dans le réseau privé apparaît. Le « Bien » est dans le réseau privé quelque chose de fondé sur une spiritualité, formulé antérieurement, qui implique une logique top-down et une défense de ce qui a été établi. Portée à l'extrême, cette logique s'exprime par des formules comme « *on formate* »

³³ Cf. annexe Modèle des valeurs chez Schwartz et Chataigné

(DM1). Nous voyons dans le réseau public, la neutralité prendre la place du « Bien » dans le discours et être alors plus dans une dynamique bottom-up. Cela se traduit par la manière dont les valeurs institutionnelles sont choisies, en partant des valeurs du personnel (leur demander leur avis sur ce sujet) et en élaguant jusqu'à former un pool de valeurs communes à la plupart, qui finissent par être les valeurs de l'institution (DS4).

« Mais je pense que quand on a parlé des valeurs... Parce qu'en fait on a créé les valeurs par groupe de terrain. C'est pas nous qui avons dit à un moment donné, ce n'est pas nous qui avons dit à un moment donné : « les valeurs c'est ça ! ». On est parti avec toute une panoplie de valeurs dans des groupes de travail différents. On a fait la sélection et puis à un moment donné, restaient 10 valeurs et on a fait un pool. Mais j'ai pas de souvenir qu'il y avait dans ces valeurs quelque chose qui était à voir avec la spiritualité, enfin cela ne m'a pas frappé à l'époque du tout, de toute façon. » DS4

Dans tous les cas, l'avantage de l'existence des deux réseaux serait de donner un choix aux engagés, ayant l'impression de correspondre à l'identité de leur institution (*P-O fit*, être « alignés »). Ceci peut avoir une dynamique de renforcement réciproque de l'identité (institution et personne) et renforcer la motivation pour et au sein de l'institution. Le sentiment de *P-O fit* est reconnu en management pour accroître le sentiment de justice, sentiment qui à son tour augmente l'investissement dans le travail et augmente le bien-être (Roczniewska, Retowski, & Higgins, 2018).

Il reste à saisir l'insistance des directions à s'occuper des personnes les plus défavorisées, ainsi que des dynamiques anti-individualistes, de coopération, de collaboration. Christine Chataigné propose une reprise du modèle de Schwartz en réintégrant la spiritualité qui devient le pôle inclusif (c'est-à-dire tourné vers autrui) des valeurs³⁴ (Chataigné, 2014). Toutes les valeurs selon Chataigné peuvent être « spirituelles » si elles sont portées vers autrui, si elles incluent autrui. L'hédonisme par exemple, s'il permet de mieux servir autrui, est positionné dans le pôle inclusif et devient une valeur « spirituelle ». C'est une clé de compréhension qui nous permettrait de saisir pourquoi la solidarité est souvent nommée par les directions – sans en expliciter le lien avec la spiritualité – ainsi que le souci de coopération et de lutte contre l'individualisme.

Nous avons vu comment la désirabilité sociale peut exclure une catégorie de vocabulaire telle que la charité qui dans l'imaginaire contemporain rime avec pitié religieuse. De manière identique la compassion ne se retrouverait pas aujourd'hui dans les mots d'un manager d'institutions hospitalières. Le vocabulaire des valeurs, tournées vers autrui, permet-il sans expliciter le lien à la spiritualité d'exprimer socialement les dynamiques spirituelles ? Entre désirabilité sociale, expression sociale de la spiritualité et nature de la spiritualité : nous voyons que nous touchons là aux définitions de la spiritualité et à la tension entre spiritualité « anthropologiquement universelle » et « culturellement instable » qui demanderait un

³⁴ Voir Schéma Valeurs de Chataigné en annexe.

approfondissement et de nouvelles pistes de recherche. Cette instabilité culturelle est aujourd'hui un lieu d'interrogation majeur. Des études sur les valeurs prônées par des jeunes immigrés en Belgique pourraient enrichir ces perspectives (Saroglou V. , 2003, p. 495).

Cet apport théorique sur les valeurs et leur lien à la spiritualité nous montre que la force motivationnelle des valeurs est fortement à l'œuvre dans tous les hôpitaux. Nous avons pu constater dans les résultats sur le processus d'appropriation que les valeurs en sont la clef – le médiateur – particulièrement pour le respect des personnes et la qualité des soins. Alors est-ce que ces valeurs sont inspirées par la S/R (comme l'explicite DA2) ou sont-elles une des formes de la spiritualité? La neutralité est-elle une valeur ou une modalité des valeurs ? Ces questions soulèvent des défis conceptuels et épistémologiques qui dépassent la visée de ce travail. Ce qui nous importe de montrer ici est la proximité entre valeurs et spiritualité et leurs imbrications complexes qui ont des conséquences sur le prendre soin ; une visée pragmatique des valeurs finalement proche de celle des directions.

Un travail de comparaison des valeurs mentionnées dans les chartes et autres documents officiels serait un complément très utile pour compléter une telle recherche. Comparaison à la fois dans les différentes institutions mais aussi dans le temps (avant, pendant et en période de post-sécularisation). Une attention particulière aux défis des fusions entre hôpitaux de réseaux différents et choix des valeurs communes apporterait un éclairage supplémentaire.

Vocation et épanouissement au travail

Le sens donné au travail n'est pas un thème que les directions « déclarent » et qui entrerait dans le champ des responsabilités des directions par rapport à leurs employés. Mais c'est un sujet qui traverse les entretiens comme une remarque récurrente qui revient sous forme d'interrogation : « *qu'est-ce qui se passe là ?* ». Les directions décrivent une « sortie » de l'époque vocationnelle, de manière assez positive par rapport aux exigences du personnel (droit à avoir une vie privée de qualité), mais négative sur l'investissement attentionnel au travail principalement dans les soins infirmiers, où les directions perçoivent des profils de soignants venant chercher un emploi sans chômage plutôt qu'un travail pour lequel ils se passionneraient et s'investiraient. Cette tendance coupe court à l'intérêt pour la dimension spirituelle : n'ayant pas le souci du patient, il y a peu de chance que l'attention s'ouvre à plus que l'exécution technique d'un soin. Les directions des soins mentionnent fortement ce changement dans leur personnel et leurs craintes pour l'avenir.

La génération en quête d'épanouissement au travail est décrite sous l'angle des congés et des aménagements horaires mais moins dans la recherche d'un sens au travail plus intense. Lorsque ces demandes d'épanouissement « pointent », elles étonnent comme l'indique une direction à propos de nouveaux jeunes administrateurs qui se présentent à son hôpital :

« comme administrateur, et qui atterrissent dans l'hôpital en disant, moi j'ai fait le tour de ça. J'ai besoin de sens. Et y compris au sacrifice de rémunérations qui sont très loin de ce qu'ils ont pu avoir dans le privé. Ça c'est quelque chose dont je n'entendais pas parler il y a 15 ou 20 ans. Ça c'est vraiment étonnant. (...) Et ça c'est porteur de beaucoup d'espoir dans un secteur qui en a besoin. (...) Et maintenant qu'est-ce qu'on voit revenir ? Non plus des ordres religieux mais des gens qui sont mus par une recherche de sens. Ça c'est, c'est, oui ça me parle, oui, ça pourrait être une vague de quelque chose qui se passe. (...) Ce serait intéressant de voir dans votre étude, si vous avez l'occasion de voir avec d'autres directions s'ils ont aussi ce sentiment qu'il y a quelque chose qui se passe. » DM5

Le sens au travail, la satisfaction et les ressources spirituelles potentielles ne sont pas une préoccupation mentionnée par les directions. Lorsque ces thèmes apparaissent chez leurs collègues, ce qui les étonnent, elles commencent à ouvrir un questionnement. Pour les directions des soins, l'épanouissement du personnel représente parfois un souci, mais ce n'est jamais le premier à être mentionné. Or ce personnel est confronté à la souffrance, en particulier la souffrance éthique, au stress, et peut être sujet à la fatigue de compassion (P. Thomas, G. Barruche, & Hazif-Thomas, 2012) et/ou au burn out (Robbe-Kernen & Kehtari, 2014).

Cela semble par contre être le souci des cadres intermédiaires d'après une recherche menée en 2015-2016 par une mémorante en Santé Publique dans un hôpital public de Bruxelles (Jaziri, 2016) à propos du management et de la spiritualité. La majorité des cadres interviewés déclaraient qu'ils se souciaient de la « santé spirituelle » des employés. Des conséquences sur leur management étaient indiquées : aller boire un verre lorsque cela ne semblait pas bien se passer, donner du temps de repos pour se reconstruire, ne pas affecter un patient en fin de vie à une personne émotionnellement encore fragile, etc. La « réalisation de soi » chez les employés, était un thème important pour les cadres. Or elle est quasiment absente des thèmes nommés par les directions dans le cadre de leur responsabilité. Le souci quotidien d'une équipe pour un cadre intermédiaire (contrairement aux directions générales), forge probablement une attention aux ressources de chacun et chacune, ce qui pourrait être entendu par le leadership personnalisé qui trouve aujourd'hui sa place dans les offres de formations au management (Fradin & Le Moullec, 2011).

La direction des soins DS4, qui explicite le plus ce souci chez ses employés est celle qui expérimente le « plaisir » de partager, « dans la neutralité », la vie spirituelle et culturelle de ses collègues. Elle mentionne avoir suivi des formations au management et travailler en étroite proximité et dans une dynamique d'équipe avec ses cadres.

« Comme nous sommes aujourd'hui dans une société qui demande de plus en plus de rentabilité, d'efficacité, etc. Enfin je constate quand même qu'en équilibre de cela, les gens ont besoin de se rapprocher du sens, de ce pourquoi ils ont choisi leur métier. Et donc, est-ce que là je suis plus dans la spiritualité ? est-ce que je suis plus dans l'éthique des soins, ça m'est égal. Word is a word » DS4

Des opportunités de recherches qui croiseraient les attentes et préoccupations des différents niveaux hiérarchiques (directions générales, cadres supérieurs, cadres intermédiaires, employés

et finalement patients) apporteraient des clefs de compréhension pour appréhender ces différences.

Soins globaux et écoute

Si les directions des soins nomment les « besoins » spirituels, ce sont elles aussi qui le plus rapidement parlent de la dimension holistique du prendre soin dans le cadre d'un vécu de souffrance, de réhabilitation, de deuil, etc. (cf. analyse des thèmes selon la temporalité). Pour les DS, la mention des « besoins » spirituels n'est pas surprenante car la grande majorité des manuels de soins infirmiers y font référence soit en se contentant de les nommer soit en y consacrant un « bref » chapitre (Mercadier, 2013). Mais la seule référence est la théorie des besoins (Henderson V. , 1964) et son application restreinte au « besoin d'accomplir rites et croyances » qui est généralement la norme. Des exemples de « besoins » spirituels qui donneraient chair à cette attention ne sont pas évoqués (tels que les besoins décrits par Thieffry (Thieffry, 2009) : besoin de se libérer de la culpabilité, quête de sens, désir de réconciliation, besoin de placer sa vie dans un au-delà de soi-même, etc.

La conséquence de cette préoccupation, l'action qui en découle et qui est évoquée, est l'écoute. Les directions parlent de « l'écoute » sans qualificatif. Les soignants et thérapeutes la qualifie généralement d'écoute active : elle demande des compétences, donc une formation particulière tout au moins une initiation, dans les cycles de formation initiale de la majorité des professionnels de la santé. La limite, difficile à circonscrire, est celle de la proactivité dans l'écoute « active » par rapport aux informations sur la S/R. Le personnel doit-il faire le premier pas (c'est-à-dire être pro-actif) ? C'est dans ce sens que se dirige le questionnement de plusieurs directions qui parlent de revoir leurs propositions pour aller vers plus de « *spontanéité* » et d'accueil (espace spirituel, accompagnement, prise en compte dans la relation et le soin). Mais elles perçoivent cela comme un sujet sensible car il touche à la conception de la neutralité. Cette tension entre laïcité « à la française » et soins globaux décrite par Frick :

« A trop se maintenir à la seule laïcité, on risque de méconnaître une part importante des aspirations des patients atteints de maladies graves. [...] La méconnaissance de la dimension spirituelle peut être responsable d'une insuffisance de prise en charge de la douleur, de l'angoisse et de la dépression ». Si, au contraire, les principes de laïcité sont bafoués, on risque de violer l'intimité de la personne malade dans le domaine des valeurs, des convictions et des pratiques spirituelles » (Frick, 2006, pp. 163-164)

Le besoin d'exprimer sa spiritualité pour les patients et l'importance de s'en préoccuper apparaissent pour certains sous l'angle de la promotion de l'autonomie: promouvoir l'autonomie justifie qu'on se préoccupe de la singularité de la vie spirituelle des malades :

« La spiritualité fait partie de qui je suis et je pense que quand on est hospitalisé, on doit avoir le droit ou la liberté d'être comme on est. (...) Je pense que dans le processus de guérison, revalidation, réadaptation, et tout cela, c'est un aspect qui peut être assez important comme l'autonomie. Je pense

que c'est ... à un moment donné, euh... c'est un ... Mais je pense que c'est surtout probablement aux patients à exprimer l'importance de ce volet. » DS3

Cet exemple, nous permet de voir l'imbrication des différents niveaux d'analyse vus plus haut :

- dimension anthropologique de la spiritualité (« *fait partie de qui je suis* »),
- justification du souci de la spiritualité par la valeur « respect des personnes » (avoir le droit d'être qui on est), ainsi que par la valeur « autonomie » (pouvoir vivre le soin à sa façon) ;
- ressource pour la guérison-revalidation mais dans un contexte de neutralité « inhibitrice », c'est au patient de l'exprimer (exemple issu du réseau public).

Désirs des patients pour des soins globaux

Les patients désirent-ils une approche globale et prise en compte de la dimension spirituelle en milieu hospitalier ? Dans le contexte français, une étude récente nous montre que ce désir ne va pas forcément dans le sens d'une intégration de la spiritualité dans les soins qui équivaldrait à des pratiques spirituelles soutenues et promues par un hôpital. Dans la recherche de Nicolas Pujol aux hôpitaux de l'assistance publique à Paris (Pujol, Jobin, & Béloucif, 2016), les patients (N20) en entretiens déclarent moins attendre des hôpitaux des propositions spirituelles que d'être simplement reconnus dans cette partie de leur identité et de leur dignité. Ces résultats poussent plutôt à ne pas aborder la spiritualité comme une nouvelle dimension de soins, mais se présentent comme un défi posé aux institutions de soins pour reconnaître que leurs patients sont des êtres humains ayant une précieuse vie intérieure. Ces résultats se rapprochent fortement des attentes que les directions bruxelloises ont nommées par rapport à leur patientèle. Une comparaison de l'étude de Pujol avec les thèmes évoqués par les directions montre quelques fortes similarités entre l'expression des attentes des patients dans un hôpital de l'AP-HP en France (qui correspondrait au profil du réseau public en Belgique) et la représentation qu'ont les directions de leur patientèle à Bruxelles dans le réseau public³⁵.

La définition de la spiritualité

En prenant le parti de ne pas définir à l'avance aux directions ce que nous entendions par spiritualité, ni d'avoir demandé leur conception de la spiritualité, nous avons récolté des représentations qu'il s'agit maintenant de mettre en perspectives. Le risque de cette démarche est de laisser l'implicite être interprété par les chercheurs en ce qui concerne les représentations de la spiritualité. Le désavantage de cette méthode est de ne pas pouvoir comprendre si la manière

³⁵ Cf. Annexe tableau comparatif (Pujol-directions BXL)

dont les directions définissent la S/R, influence leur rôle professionnel et comment (en dehors des mentions de P-O fit). Pour ce qui touche au religieux, le référentiel semble être moins équivoque.

La spiritualité lorsqu'elle est décrite dans les entretiens comme une non-priorité même si elle est « *très importante* », est à rapprocher d'une conception de la spiritualité qui serait un « adjuvant à la santé individuelle, voire comme un facteur d'humanisation des pratiques soignantes » (Jobin G. , 2016, p. 37). Elle serait un « en plus », un ajout au soin si le temps le permet, si l'argent le permet, si les priorités le permettent, etc. et moins une dynamique de fond dans le sens de la définition de Jacquemin.

Spiritualité-religion

Le grand défi de ce retour analytique sur la définition de la spiritualité pour les directions consiste à relever le plus fidèlement ce qu'elles en ont dit, tenter de l'interpréter, tout en ne stigmatisant pas ces interprétations. En effet, le choix des mots est réduit et nous désirons justement éviter ce qui est constamment critiqué : la réduction.

Jobin présente trois principales répartitions des liens entre spiritualité et religion actuellement dans le milieu des soins³⁶. La première identifie spiritualité à religion, la deuxième les oppose (la spiritualité est le contraire de la religion qui est vue négativement – une construction humaine pour asseoir le pouvoir et l'ordre – tandis que la spiritualité serait synonyme d'épanouissement de soi et de liberté). Pour la troisième, la spiritualité englobe et dépasse toutes formes de religions (pratiquer une religion par exemple serait alors une des modalités de la spiritualité). Cette spiritualité englobante selon Jobin, est la conception qui domine la culture biomédicale. Les directions que nous avons rencontrées considèrent généralement la spiritualité en milieu de soins en terme d'amalgame spiritualité-religion, souvent en début d'entretien, lorsqu'ils parlent de gestion de la neutralité. Lorsqu'elles évoquent leur volonté d'accueillir tout le monde, leur ouverture, il s'agit de la spiritualité équivalent à la religion voire une forte religiosité. En aucun cas elles n'ont évoqué là un accueil de spiritualités diverses non reliées à une religion. Dans les moments d'entretiens qui soulèvent l'approche des soins globaux, la spiritualité est plus présente et nommée, mais souvent elle évoque des « besoins spirituels » qui sont alors des « besoins religieux ». Un discours sur la spiritualité comme dynamique et ressource, est beaucoup moins présent, parfois dans des passages sur la réhabilitation, sur les maladies chroniques, le deuil. Dès lors l'appropriation des directions est influencée par cette conception majoritairement relevée dans les entretiens où spiritualité équivaut à religion. Mais l'analyse chronologique des thèmes

³⁶ (pour un regard porté spécifiquement à la représentation de la population belge en matière de définition de la S/R voir l'article de Saroglou en 2003 (Saroglou V. , 2003))

nous montre que ce n'est pas si évident, car plus tard dans les entretiens des aspects relevant d'une vision « spiritualité englobe la religion » est plus présente. Les directions semblent ainsi ne pas avoir une conception arrêtée sur ce qu'est la spiritualité ou plutôt elles envisagent une pluralité de représentations ; ce qui rend leur approche riche et ouverte à l'interpellation. Cette diversité de définitions en fonction du thème abordé enrichit la lecture des entretiens mais en complexifie l'analyse. Ainsi DM4 qui commence son entretien avec un propos sur la neutralité où spiritualité est toujours équivalent à religiosité, termine son entretien en « confessant » que la manière d'envisager la spiritualité au sein de son hôpital (principalement le cultuel proposé) est ancestrale et qu'elle voit la spiritualité différemment – une « spiritualité intrinsèque » – puis qu'elle préférerait d'autres types de propositions (philosophiques, orientées vers le sens).

Différenciation spiritualité, religion et culture

Lorsque les directions évoquent des difficultés de considération sur le religieux, elles se demandent si cela est religieux ou culturel, plus que religieux ou spirituel. Certaines imputent plus à la culture les justifications des actes de leurs employés ou patients, tout en restant interrogatives sur l'articulation entre les catégories qu'elles ne formulent pas. Elles les évoquent avec des points d'interrogations. Cette articulation, ici envisagée par Dion entre culture et religion, est ainsi peu explicitée chez les directions :

« La sensibilité interculturelle n'implique pas nécessairement la sensibilité inter-religieuse. (...) La différence entre les deux processus peut tenir à divers facteurs contextuels. Mais il ne faudrait pas négliger l'étendue conceptuelle et l'intensité attitudinelle liées au système de sens proposé par une religion/spiritualité. C'est tout le sens de la vie/mort, de la maladie, de la faute et de la culpabilité, du bonheur/malheur qui se voit déterminé par le système de sens d'origine religieuse/spirituelle. Les systèmes de sens n'ont pas tous pour origine une religion/spiritualité. Mais à cause de leur incapacité substantielle à répondre aux grands questionnements existentiels de l'humanité –ce auquel s'attaquent directement les religions et spiritualités du monde –, les concepts auxquels réfèrent ces systèmes de sens sont moins englobants, et leur influence sur les attitudes et conduites de tous les jours est moins déterminante à long terme et dans toutes les sphères d'activités humaines » (Dion, 2018, p. 206)

Ainsi, réduire au culturel les dynamiques de sens provenant des religions et spiritualités priverait les directions de la compréhension riche et globale de l'expérience de leur personnel et patientèle.

Spiritualité : appropriations des dirigeants propres au monde hospitalier

Nous constatons, comme décrit dans Jobin, une spiritualité à l'aune du bien-être ainsi qu'une spiritualité comme « résistance à la déshumanisation » dans les descriptions des directions.

Sous la lecture de Jobin, le défi engendré par les formulations des définitions de la spiritualité en milieu de soins par les directions pourrait se résumer à « ne pas réduire la spiritualité à... » : « ne pas réduire la spiritualité au bien-être », « ne pas réduire la spiritualité à religiosité », « ne pas réduire la spiritualité à valeur », « ne pas réduire la spiritualité à la culture » :

« le rôle central et normatif que joue l'idée du bien-être dans les spiritualités des institutions sanitaires peut être vu comme une forme de réduction de l'expérience spirituelle à un élément certes non négligeable, mais auquel ne se résume pas la gamme des expériences spirituelles jugées légitimes dans plusieurs traditions spirituelles. » (Jobin G. , 2013)

L'utilisation des ressources spirituelles du personnel qui est décrit dans le monde de l'entreprise en vue d'une meilleure productivité (Allaux, 2018) est moins central. Le souci est plus du côté de l'évitement du conflit et l'épanouissement pour le leadership personnalisé évoquée par quelques directions (qui ne rencontre pas la validation de toutes les directions du Temps 2) que d'un apport de la S/R pour la « productivité » des soins.

Spécificités selon les disciplines (médicales, soignantes, administratives) ?

Quelques tendance d'une appropriation différente selon la discipline apparaissent dans la recherche, si l'on procède à l'analyse de la chronologie de l'apparition des thèmes :

- Premiers thèmes des DA : identité de l'institution, organisation des cultes et gestion de la neutralité, gestion du fait religieux, organisation de l'éthique.
- Premiers thèmes des DS : soins globaux, dimension essentielle dans processus rétablissement, non prosélytisme des soignants.
- DM : éthique, démarche globale, neutralité.

Ces résultats semblent correspondre à leur cahier des charges et à leur formation (par exemple les soins globaux pour les directions de soins). Les données par discipline sont cependant insuffisantes dans cette recherche pour se risquer au-delà de ce simple constat. Un nombre d'entretiens par discipline plus élevé serait nécessaire.

Critique des méthodes

Les méthodes utilisées ont permis de mettre en évidence les thèmes, le processus d'appropriation et de modéliser celui-ci. Certaines précautions devront être apportées à ces résultats et principalement à « l'importance » que ce sujet revêt pour les directions. Il est possible que l'objet de la recherche et le travail de la chercheuse³⁷ fonctionnent comme un « amorçage religieux », qui est un phénomène bien connu dans les recherches en psychologie des religions (Saroglou, Kaelen, & Bègue, 2015). Le simple fait d'évoquer la S/R porte les individus à s'évaluer et se dire plus spirituel/religieux et/ou à augmenter l'importance pour la S/R. Pour approcher plus objectivement l'intérêt des directions pour cette thématique et éviter cet amorçage, la méthodologie devrait utiliser des subtilités. Des questionnaires ou entretiens qui ne seraient pas centrés sur la S/R et qui mêleraient diverses thématiques dont certaines sur le thème de la S/R

³⁷ La chercheuse a annoncé être mémorante en faculté de santé publique et mentionné discrètement dans la signature de la lettre « coordinatrice du Réseau Santé, Soins et Spiritualités ».

en fin d'entretien par exemple. Les chercheurs (Saroglou, Kaelen, & Bègue, 2015, p. 15) conseillent aussi de différer dans le temps les questions en mélangeant à d'autres thèmes. A l'amorçage religieux s'ajoute le biais de désirabilité sociale, qui lui aussi est un phénomène probablement présent lors de l'entretien.

La littérature qui a permis d'élaborer la problématique était principalement basée sur des publications issues de chercheurs occidentaux et principalement nord-américains car ce sont là que nous avons trouvé les revues systématiques les plus solides et les travaux les mieux référencés. Or de plus en plus nombreuses sont les études dans le monde entier qui abordent la S/R en milieu de soins et qui mériteraient que l'on s'y attarde pour envisager des approches plus diversifiées et plus proches de populations issues de l'immigration (voir la vitalité des études en Chine, Iran, et Afrique du Sud par exemple durant l'année 2018 sur Pubmed³⁸ ainsi que les études sur la prise en compte de la spiritualité dans les soins pour les populations migrante en Occident (Bray, Wright-St Clair, & Goodyear-Smith, 2018)) et les modèles d'*Interfaith Spiritual Care* (inter-religieuse, inter-convictionnels, pluralistes) qui intègrent ces études (Liefbroer & al., 2017).

Des questions additionnelles en fin d'entretien sur la spiritualité personnelle des directeurs et directrices d'établissement permettraient de comprendre avec quelles « lunettes » référentielles ils lisent cette problématique au sein de leur institution. Les définitions qu'ils assument, leur origine religieuse et culturelle et leur spiritualité/religion actuelle par exemple sont autant de déterminants probables de leur lecture expérientielle qu'il faudrait vérifier. Certaines études montrent de forts différentiels, en terme de religiosité, entre le niveau général d'affiliation des patientèles et le niveau général des thérapeutes (Shafranske & Cummings, 2013), augmentant le sentiment d'incompréhension et les difficultés d'alliance thérapeutique par exemple. Il se pourrait aussi que des différentiels entre les niveaux de directions, des cadres, du personnel et des patients soient importants et mettent en lumière des tensions dans les attentes réciproques en matière d'attention à la dimension S/R (Fourboul C. , 2014).

Conclusion

Il y a effectivement une appropriation - au sens de faire sien le souci de la prise en compte de la spiritualité et/ ou de la religion en milieu de soins- de la part des directions hospitalières à Bruxelles. Cette appropriation est moins une appropriation bio-médicale de la spiritualité telle que décrite par Jobin (Jobin, 2013) qui consisterait à faire bénéficier la santé, les soins, d'une pratique et considération de la spiritualité/religion (décrite dans une abondante littérature

³⁸ Une simple requête sur Pubmed en utilisant « Spiritual Care » fait apparaître cette diversité.

scientifique, principalement nord-américaine), qu'un souci d'accueil des nouvelles populations, dans leur manière de vivre le soin, la santé.

Les responsabilités majeures que les directions hospitalières s'attribuent, se situent au niveau (1) d'une offre de soins « globaux » pour les patients (incluant la reconnaissance de leur autonomie y compris pour ce qui concerne leur spiritualité/religion), (2) d'une exigence d'un « vivre ensemble » pour le personnel hospitalier et (3) de la promotion des valeurs institutionnelles. Les autres thèmes d'appropriations mentionnés sont : le bien-être dans le sens d'un accueil confortable et d'une diminution des facteurs anxiogènes, l'organisation de la réflexion éthique, l'organisation de l'accès aux cultes, la conception des espaces spirituels, la gestion des fêtes religieuses, la prise en compte des personnalités des employé·e·s dans le leadership, la solidarité-coopération entre le personnel hospitalier, et la solidarité envers les patients les plus vulnérables.

Processus d'appropriation

Les processus d'appropriation ou de ré-appropriation (au sens d'une réactivation de l'appropriation) au sein des directions sont déclenchés principalement par : les changements dans la composition de la population, en particulier l'immigration et la proportion de personnes musulmanes; les exigences des nouvelles générations de professionnels (conditions de travail et épanouissement au travail); les fusions d'hôpitaux. Une relecture régulière de leur pratique sous le prisme de deux valeurs : le respect des patients et la qualité des soins, dans le cadre d'une conception dite « globale » de l'être humain (incluant la dimension spirituelle), augmente chez elles l'importance de la dimension spirituelle et/ou religieuse en milieu hospitalier. Elles se confèrent alors une responsabilité pour cette « matière », alors qu'elle n'est pas explicitement nommée dans leur cahier des charges ou attendue explicitement par la patientèle, le personnel ou leurs collègues.

Si l'appropriation demande des capacités selon Bourdieu, l'analyse des indices langagiers nous montre qu'un déficit d'élaboration conceptuelle des questions qui touchent au spirituel/religieux en milieu de soins pourrait diminuer les compétences des directions pour ce faire. Les directions disent ne pas être formées ni ne recevoir de littérature spécifique pour envisager ces questions. Elles ne font pas partie non plus de leurs priorités n'étant inscrites nulle part explicitement dans leurs attributions et missions. Les directions des soins, elles, reçoivent une formation de base qui mentionne l'attention à la dimension spirituelle/religieuse mais qui ne les outille pas pour développer des compétences.

Modalité de l'accueil de tous

Une distinction entre réseau privé et public est manifeste par rapport à la modalité de l'ouverture à tous, c'est-à-dire le régime de laïcité promu par l'institution : neutralité inhibitrice ou émancipatrice, donnant une possibilité au personnel et à la patientèle des hôpitaux de choisir la manière dont leur spiritualité est accueillie (plus implicite ou plus explicite, position pastorale et des espaces spirituels a/inter/multi-convictionnelle). La distinction de réseau est moins perceptible sur les différences éthiques dans le traitement des situations difficiles (début et fin de vie). Les directions disent se calquer sur la législation en vigueur, avec des instances éthiques supplémentaires de précautions (en plus du comité éthique) dans le réseau privé.

Limites

Cette recherche a été menée dans une réalité urbaine où les mutations populationnelles sont les plus fortes. La plupart des thèmes mentionnés devraient être, sous réserve de validation, retrouvés en milieu rural mais leur importance et en particulier le « respect des personnes » n'aura peut-être pas les mêmes priorités. Des études sur un échantillon moins homogène et situé un milieu rural complèterait de manière profitable ces résultats.

Pistes pour de nouvelles recherches

D'autres travaux de recherche pourraient avec profit se pencher sur les directions d'hôpitaux qui ont pro-activement réfléchi à la question de la spiritualité/religion pour leur institution (le Grand Hôpital de Charleroi en Belgique, le Centre hospitalier universitaire du canton de Vaud à Lausanne en Suisse, en France : l'hôpital Avicenne à Bobigny, l'hôpital de la Timone à Marseille, la Maison médicale Jeanne Garnier à Paris, etc.). Les raisons de cette pro-activité renseigneraient plus précisément le processus d'appropriation et ses conséquences.

Une autre source de données consisterait à analyser les chartes des hôpitaux, leur évolution dans le temps et lors des fusions d'hôpitaux, ainsi que les méthodologies utilisées pour les élaborer (bottom up, top down, textes référentiels, lien avec l'identité historique).

Les recommandations du Ministère de la Santé en matière de gestion de la neutralité en milieu hospitalier serait une autre source de données à confronter à ces dernières.

Les défis de communication des attentes entre directions-cadres-employés-patients pour les questions de la spiritualité/religion, permettraient d'avoir une vision plus objective du rôle de l'hôpital aujourd'hui dans la Santé Publique. Un travail de comparaison entre chacun de ces niveaux croisant les appropriations des directions, cadres, employés et les attentes des patients permettrait de voir quelles attentes ne sont pas reconnues par exemple ou quelles appropriations ne rencontrent pas d'attentes.

Des travaux d'approfondissement sur la personnalité des directrices et directeurs (évoqués dans les facteurs favorisant l'appropriation) ainsi que leur définition de la spiritualité, leur évolution dans le temps par rapport à leur considération pour la spiritualité/religion pourraient être profitables à la recherche.

Recommandations

Suite aux résultats issus de l'analyse langagière, il serait intéressant de confronter sur le terrain « l'importance » que nomment les directions pour les questions de spiritualité/religion dans leur institution au déficit de mots/concepts et théories pour le penser et le partager. Une mise à disposition de concepts-clefs seraient probablement une tâche aidante que pourrait apporter un ministère de la santé pour ses institutions de soins. L'exemple en France des fiches pratiques « Soins et laïcité au quotidien » du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne pourraient être inspirantes (Thévenot, Fiche 31). Des formations continues pour mieux saisir les différentes possibilités de management différencié soutiendraient probablement ces directions.

Cette recherche est aussi une contribution à la réflexion très complexe sur la co-existence de deux réseaux (privé et public) et de leur utilité réciproque au regard du respect des libertés individuelles (pour le personnel et la patientèle), de l'épanouissement au travail (renforcement identitaire) et de la gestion des conflits. Ces éléments doivent être mis en perspective avec les gains des fusions sur l'accessibilité pour les soins et les optimisations générales escomptées sur le système de santé.

Ces rapprochements entre réseaux peuvent aussi forcer une évolution de la considération pour la spiritualité/religion: soit pour aller vers le plus petit dénominateur commun, soit vers l'engendrement de nouvelles modalités. L'investissement dans la recherche (voir le projet de recherche en cours du Grand Hôpital de Charleroi NH302) semble alors inévitable pour les penser de manière responsable.

Table des matières

Introduction	0
Problématique.....	2
Définitions	6
Méthode.....	8
Rappel des objectifs de la recherche et des résultats attendus	8
Collecte des données.....	9
Méthode d'analyse.....	12
Résultats TEMPS 1 - Thèmes évoqués.....	15
1. L'accueil de tous, l'ouverture	16
1.2. L'organisation des accès aux cultes	19
1.3. L'espace pour la spiritualité et/ou la religion ; les temps religieux	21
2. Les valeurs institutionnelles.....	23
3. Les soins globaux et les besoins spirituels du patient.....	25
4. Favoriser et organiser la réflexion éthique.....	26
5. Leadership « personnalisé » et la coopération-complémentarité-solidarité entre les personnes.....	27
6. Favoriser le bien-être et lutter contre l'anxiogène	30
Thèmes absents dans les résultats au regard de la littérature	31
Evolution de l'appropriation - facteurs favorisant	32
Des facteurs inhérents au parcours personnel, familial (indépendant du milieu professionnel) :.....	32
Des facteurs issus du terrain (dépendant du milieu professionnel) :.....	33
Processus d'appropriation.....	33
Qualificatifs apportés au thème général.....	35
Analyse	38
L'appropriation : une problématique importée ?	38
Appropriation à Bruxelles.....	39

Quels questionnements à Bruxelles ?	41
Le spectre de la neutralité	43
Le management différencié	45
Le langage utilisé	47
L'accessibilité des mots	49
Les valeurs en œuvre	51
Vocation et épanouissement au travail	54
Soins globaux et écoute	56
Désirs des patients pour des soins globaux.....	57
La définition de la spiritualité	57
Spiritualité-religion	58
Différenciation spiritualité, religion et culture	59
Spiritualité : appropriations des dirigeants propres au monde hospitalier	59
Spécificités selon les disciplines (médicales, soignantes, administratives) ?	60
Critique des méthodes.....	60
Conclusion.....	61
Processus d'appropriation	62
Modalité de l'appropriation.....	63
Limites.....	63
Pistes pour de nouvelles recherches	63
Recommandations	64
Liste des annexes	66
Bibliographie	67

Liste des annexes

- 1) Guide d'entretien Temps 1
- 2) Guide d'entretien Temps 2
- 3) Lettre de sollicitation Temps 1.
- 4) Lettre de sollicitation Temps 2

- 5) Accord DIC
- 6) Tableau d'analyse de la chronologie d'apparition des thèmes
- 7) Schéma « modélisation du processus d'appropriation »
- 8) Figure de la Théorie des valeurs chez Schwartz et Chataigné
- 9) Tableau comparatif Résultats Pujol 2014

Bibliographie

- Aftanas, L., & Gologsheykin, S. (2005, Issue 6). Impact of regular meditation practice on EEG activity at rest and during evoked negative emotions. *International Journal of Neurosciences*, pp. 893-909.
- Ali, J., & Marhem, P. (2015). The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people. *Holistic practice nursing journal*.
- Allaux, S. (2018). Bilan et perspectives. In S. Allaux, L.-L. Christians, & W. Lesch, *Un nouvel esprit du management, interrogations interdisciplinaires sur la spiritualité en entreprise* (p. 297). Louvain-La-Neuve: PUL.
- Balboni, M., Puchalski, C., & Peteet, J. (2014). The relationship between medicine, spirituality and religion: three models for integration. *Journal of Religion and Health*, 1586-1598.
- Baubérot, J. (2014, Janvier). Du convivialisme comme volonté et comme espérance. *Revue du MAUSS*, pp. 191-202.
- Baubérot, J. (2015). *Les 7 laïcités françaises*. Paris: Maison des Sciences de l'Homme.
- Baude, D., Lobo, M., & Mathot, B. (2018). Mutations spirituelles et religieuses au sein de l'hôpital, le cas du GHdC. *Spiritual Care*, (en cours de publication).
- Bazan, W., & Dwyen, D. (1998, Mars). Assessing spirituality. Healthcare organizations must address their employees' spiritual needs. *Health Progress*.
- Benefiel, M., Fry, L., & Geigle, D. (2014, n°3). Spirituality and Religion in the Workplace: History, Theory, and Research. *Psychology of religion and spirituality*, pp. 175-182.
- Berhoumi, M. E. (2011). Les juridictions suprêmes contre le voile. In J. Ringelheim, *le droit et la diversité religieuse* (pp. 599-616). Bruylant.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie, enquête et méthodes*. Paris: Nathan.
- Brandt, P.-Y., & Besson, J. (2017). *Spiritualité en milieu hospitalier*. Labor et fides.
- Bray, Y., Wright-St Clair, V., & Goodyear-Smith, F. (2018, June). Exploring the lived experience of migrants dying away from their country of origin. *Qualilty of life Research*.

- Buchter, S., Fontaine, M., & Piguet, C. (2016). Du besoin au désir. La dimension spirituelle dans les soins. In D. Jacquemin, *Besoins spirituels, Soins, désirs, responsabilités*. Namur: Lumen Vitae.
- Büssing, A., Balzat, H., & Heusser, P. (2010). Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *European Journal of Medicine*, 266-273.
- Büssing, A., Recchia, D., Koenig, H., Baumann, K., & Frick, E. (2018, Janvier). Factor Structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in Persons with Chronic Diseases, Elderly and Healthy Individuals. *Religions*, pp. 1-11.
- Cable, D., & Judge, T. (1996, (67)). Person-organization fit, job choice, decisions, and organizational entry. *Organizational behavior and human decision processes*, pp. 294-311.
- Cahn, R., & Polich, J. (2006, vol.132). Meditation States and Traits: EEG, ERP, and Neuroimaging Studies. *Psychological Bulletin*, pp. 180-211.
- Charron, J.-M. (2013). Les orientations ministérielles pour l'organisation du service d'animation spirituelle en établissements de santé et des services sociaux: mise en contexte et analyse. In G. Jobin, J.-M. Charron, & M. Nyabenda, *Spiritualités et biomédecine, enjeux d'une intégration* (pp. 99-112). Laval: PUL.
- (2005). *Charte de Bangkok*. OMS.
- Chataigné, C. (2014). *Psychologie des valeurs*. Louvain-La-Neuve: De Boeck.
- De Coorebyter, V. (2014). La neutralité n'est pas neutre. In C. D., *Neutralité et faits religieux. Quelles interactions dans les services publics?* Louvain-La-Neuve: Academia-L'Harmattan.
- De la Motte, A. (2004). *Au-delà du mot, Une « écriture du silence » dans la littérature française du vingtième Siècle*. Munster : Lit Verlag .
- Debray, R. (2002, septembre). Qu'est-ce qu'un fait religieux? *Etudes*, pp. 169-180.
- Delgrange, X. L. (2015). L'accommodement raisonnable, bouc émissaire d'une laïcité inhibitrice en Belgique. In E. R. Bribosia, *L'accommodement de la diversité religieuse* (pp. 203-286). Bruxelles: Peter Lang.
- Dion, M. (2018). Le dialogue interreligieux en entreprise comme pratique de management interculturel. In S. Allaux, L.-L. Christians, & W. Lesch, *Le nouvel esprit du management* (pp. 187-205). Louvain-La-Neuve: PUL.
- Fourboul, C. (2014). *Diriger avec son âme*. Paris: Editions Management et société.
- Fradin, J., & Le Moullec, F. (2011). *Manager selon les personnalités*. Eyrolles.

- Frick, E. (2006). Peut-on quantifier la spiritualité ? Un regard d'Outre-Rhin à propos de l'actuelle discussion française sur la place du spirituel en psycho-oncologie. *Revue Francophone de Psychologie-Oncologie*, n°3, 160-164.
- Frick, E. (2012, Januar). Wie arbeitet Spiritual Care? *Spiritual Care*, pp. 68-73.
- Gagnon, P., Fillion, L., Girard, M., Tardif, F., & Robitaille, M. (2013). Le rôle central des questions existentielles et spirituelles en oncologie et en soins. In G. Jobin, J.-M. Charron, & M. Nyabenda, *Spiritualités et biomédecine, enjeux d'une intégration*. Québec: Presses universitaires de Laval.
- Galindo, G., & Zannad, H. (2014, avril). Les grandes entreprises françaises et la religion, Proposition d'une grille d'analyse pour décrypter les postures adoptées. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, pp. 40-53.
- Graber, D., & Johnson, J. (2001, Januar). Spirituality and healthcare organizations. *Journal of healthcare management*, pp. 39-50.
- Grimbert, A. &. (2015). Le principe de laïcité en établissement de santé, rôle du cadre de santé. *Soins*, pp. 51-54.
- Henderson, V. (1966). The Nature of nursing. *American Journal of nursing* (64), pp. 62-68.
- Hill, P., & Pargament, K. (2000). Conceptualizing religion and spirituality, points of departure. *Journal for the Theory of social Behaviour*.
- Jacquemin, D. (2010). *Quand l'autre souffre, éthique et spiritualité*. Bruxelles: Lessius.
- Jacquemin, D., & De Broucker, D. (2014). *Manuel de soins palliatifs, 4ème édition*. Paris: Dunod.
- Jaziri, R. (2016). *L'intégration de la spiritualité dans le management et le leadership: Où en est le management des ressources humaines dans une institution de soins belge? [Mémoire de Master en Santé Publique]*. Louvain-La-Neuve: Université Catholique de Louvain.
- Jobin, G. (2013). *Des religions à la spiritualité, une appropriation biomédicale du religieux à l'hôpital*. Bruxelles: Lumen Vitae.
- Jobin, G. (2013). Etes-vous en belle santé? sur l'esthétisation de la spiritualité en médecine. In G. Jobin, J.-M. Charron, & M. Nyabenda, *Spiritualités et biomédecine, enjeux d'une intégration*. Laval: PUL.
- Jobin, G. (2016). Le « spirituel », le biomédical et le politique. In *Sciences sociales et Santé* (p. 35).
- Jobin, G. (2016). Le spirituel, le biomédical et le politique. *BU Santé*. Université de Franche-Comté.
- Jobin, G. (2017). *L'accompagnement spirituel en temps de maladie*. Louvain-La-Neuve: PUL.
- Jobin, G. (2017, avril). Quelle anthropologie pour inclure la dimension spirituelle aux soins? *Revue théologique de Louvain*, pp. 510-534.

- Jobin, G. (2018). Bonheur? Quête de sens? Résistance? In S. Allaux, L.-L. Christians, & W. Lesch, *Le nouvel esprit du management*. Louvain-La-Neuve: PUL, pp.104-123.
- Koenig, H. (2013). Role of religion and spirituality in coping with acute and chronic illness. In K. Pargament, *Handbook of Psychology, Religion and Spirituality*. Washington: American Psychological Association.
- Lanblin, D. (2016). Espaces de silence dans les établissements de santé. *Revue des aumôneries catholiques des établissements de santé et du S.E.M.*, pp. 3-15.
- Liefbroer, A., & al., (2017, February). Interfaith Spiritual Care: A systematic review. *Journal of religion and health*, pp. 1776-1793.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A., & Koenig, H. (2011). Impact of spirituality/religiosity on mortality: Comparison with other health interventions. *Journal of Science and Healing*.
- Manning, L., Leek, J., & Radina, M. (2012). Making Sense of Extreme Longevity: Explorations Into the Spiritual Lives of Centenarians. *Journal Of Religion Spiritual Aging*.
- Mc Millan, K. (2016). Employee Spiritual Care: Supporting Those Who Care for Others. *Journal of Christian Nursing*.
- Mercadier, C. (2013, juin). Les professionnels de la santé et la laïcité. *Empan*, pp. 39-42.
- Mishra, S. & al. (2015). Spirituality and Religiosity and Its Role in Health and Diseases. *Journal of Religion and Health*.
- Mollica, M., & al. (2016). Spirituality is associated with better prostate cancer treatment decision making experiences. *Journal of behavioral medicine*.
- Monod, S. & al. (2010). Development and validation of an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons: The Spiritual Distress Assessment Tool. *BMC Geriatrics*.
- Monod, S. (2013). *Soins aux personnes âgées, intégrer la spiritualité?* Bruxelles: Lumen Vitae.
- Monod, S. (2015). Quels liens entre spiritualité et Santé publique ? *Revue d'information sociale (REISO)*.
- Newmeyer, M. (2014). The Mother Teresa Effect: the modulation of spirituality in using the CISM model with mental health service providers. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*.
- P. Thomas, P., G. Barruche, G., & Hazif-Thomas, C. (2012, n°187). La souffrance des soignants et la fatigue de compassion. *La revue francophone de gériatrie et gérontologie*.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahier de recherche sociologique* 23, pp. 147-181.
- Pargament, K. (1997). *The Psychology of Religion and Coping*. New York: Guilford Press.
- Pirkola, H., Rantakokko, P., & Suhonen, M. (2016, October). Workplace spirituality in health care: an integrated review of the literature. *Journal of nursing management*, pp. 859-868.

- Poizat, G. (2012). *Concept d'appropriation: intérêts et perspectives en formation des adultes*. Université de Genève: Travail et Formation.
- Previc, F. (2006, Septembre). The role of the extrapersonal brain systems in religious activity. *Consciousness and Cognition*, pp. 500-539.
- Puchalski, C., Vitillo, R., & Jafari, N. (2016, January). Global Network for Spirituality and Health (GNSAH): Seeking More Compassionate Health Systems. *Journal for the study of spirituality*, pp. 106-112.
- Puchalski, C., Vitillo, R., Hull, S., & Raller, N. (2014, June). Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *Journal of palliative medicine*, pp. 642-656.
- Pujol, N. (2017). La spécificité de l'accompagnement spirituel dans le monde des soins. In G. Jobin, N. Pujol, & A. Legault, *L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie* (p. 40). Louvain-La-Neuve: PUL.
- Pujol, N., Jobin, G., & Béloucif, S. (2014, juin). Quelle place pour la spiritualité dans le soin? *Esprit*, pp. 75-89.
- Pujol, N., Jobin, G., & Béloucif, S. (2016). 'Spiritual care is not the hospital's business': a qualitative study on the perspectives of patients about the integration of spirituality in healthcare settings. *Journal of medical ethics*.
- Pujol, N., Viallard, M.-L., Rougeron, C., Lehmkuhler, K., Gueneau-Peureux, D., Kohler, C., & Hirsch, E. (2016, 2/82). Repenser l'articulation entre soin et spiritualité dans les institutions de santé. Sept limites et enjeux éthiques. *Ethica Clinica*, pp. 64-72.
- Robbe-Kernen, M., & Kehtari, R. (2014). Les professionnels de la santé face au burnout. Facteurs de risque et mesures préventives. *Revue médicale suisse*, pp. 1787-1792.
- Rochat, E., Vollenweider, P., Rubli, E., & Odier, C. (2015, novembre 4). Prendre en compte la dimension spirituelle du patient: plus pertinent à plusieurs. *Revue médicale Suisse*, pp. 2055-2057.
- Roczniewska, M., Retowski, S., & Higgins, T. (2018, Janvier). How Person-Organization Fit Impacts Employees' Perceptions of Justice and Well-Being. *Frontiers in Psychology*, pp. 1-17.
- S. Buchter, M. F. (2016). Du besoin au désir, la dimension spirituelle dans les soins infirmiers. In D. Jacquemin, *Besoins spirituels, Soins, désirs, responsabilités* (pp. 33-52). Namur: Lumen Vitae.
- Sägesser, C., Schreiber, J.-P., & Vanderpelen-Diagre, C. (2018). *Les religions et la laïcité en Belgique, Rapport ORELA 2017*. Bruxelles: Observatoire pour la religion et la laïcité.

- Saroglou, V. (., Kaelen, R., & Bègue, L. (2015). *Psychologie des religions, de la théorie au laboratoire*. Louvain-La-Neuve: De Boeck.
- Saroglou, V. (2003, n°34). Spiritualité moderne, un regard de psychologie de la religion. *Revue théologique de Louvain*, pp. 473-504.
- Saygin, M. A. (2016). *La Laïcité dans l'ordre constitutionnel belge*. Louvain-La-Neuve: Academia-L'Harmattan.
- Schreiber, J.-P. (2015). L'évolution des croyances religieuses en chiffres : les cas singuliers de la Belgique et des USA. Belgique: Observatoire de la laïcité.
- Schwartz, S. (2006). Les valeurs de base de la personne: théories, mesures, applications. *Revue française de sociologie* 47(4), 929-968.
- Schwartz, S. (2017). Individual values across cultures. In T. Church, *The Praeger Handbook of personality across cultures*. Santa Barbara: Praeger.
- Schwartz, S. (2017). The refined theory of basic values. In S. S. Roccas, *Values and behavior: taking a cross-cultural perspective*. Springer.
- Schwartz, S., & Bardi, A. (2001, (32)). Value hierarchies across cultures. *Journal of cross-cultural psychology*, pp. 268-290.
- Serfaty-Garzon, P. (2003). *Chez soi, Les territoires de l'intimité*. Paris: Armand Colin.
- Shafranske, E., & Cummings, J. (2013). Religious and Spiritual Beliefs, Affiliations and practices of psychologist. In Pargament, *Handbook of Psychology, Religion and Spirituality*, (pp. 23-41). American Psychological Association.
- Stolz, J. (2015). *Religion et spiritualité à l'ère de l'Ego*. Genève: Labor et Fides.
- Stordeur, S., Vandenberghe, C., & D'Hoore, W. (1999, 59). Prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmiers: une étude dans un hôpital universitaire. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 66-57.
- Thévenot, J. (. (Fiche 31). "*Soins et laïcité au quotidien*", *Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Haute-Garonne*. cdom.
- Thieffry, J.-M. (2009). Les besoins spirituels aux cours des maladies graves. In D. Jacquemin, & D. De Broucker, *Manuel de Soins palliatifs* (pp. 747-760). Paris: Dunod.
- Verspieren, P. (2006, novembre). L'hospitalité au coeur de l'éthique du soin. *Laennec*, pp. 33-49.
- Vincent, G. (2005). Les réformes hospitalières. *Revue française d'administration publique* (113), 208.
- Wittgenstein, L. ((1921) 2004). *Tractatus logico-philosophicus*. Paris: Gallimard.
- Younès, M. (2018). Le fait religieux en entreprise. In S. Allaux, L.-L. Christians, & W. Lesch, *Le nouvel esprit du management* (pp. 287-296). Louvain-La-Neuve: PUL.

- Younès, M. (2018). Le fait religieux en entreprise. In S. Allaux, L.-L. Christians, & W. Lesch, *Le nouvel esprit du management, Interrogations interdisciplinaires sur la spiritualité en entreprise* (p. 296). Louvain-La-Neuve: PUL.
- Zinnbauer, B. (2013). Models of healthy an unhealthy religion and spirituality. In K. Pargament, *Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality: Vol. 2. An Applied Psychology of Religion and Spirituality*. American Psychological Association.