

RELI  
GIO

# L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie

SOUS LA DIRECTION DE

Guy Jobin, Alain Legault et Nicolas Pujol

**UCL** PRESSES  
UNIVERSITAIRES  
DE LOUVAIN



LA COLLECTION « RELIGIO » ABORDE LES QUESTIONS RELATIVES AUX RELIGIONS ET SPIRITUALITÉS EN FAVORISANT UN DIALOGUE ENTRE LES SCIENCES THÉOLOGIQUES (DOGMATIQUE, DROIT CANON, EXÉGÈSE, FONDAMENTALE, ÉTHIQUE, LITURGIQUE ET PRATIQUE) ET LES SCIENCES DES RELIGIONS (ANTHROPOLOGIE, ART, DROIT, HISTOIRE, PHILOSOPHIE, PSYCHOLOGIE, SOCIOLOGIE). LA COLLECTION OUVRE UN ESPACE À LA PRISE EN COMPTE DES QUESTIONS RELIGIEUSES DANS LE MONDE CONTEMPORAIN. ELLE VISE UN PUBLIC UNIVERSITAIRE ET PLURIDISCIPLINAIRE, CURIEUX ET OUVERT.

RELIGIO

#### L'OUVRAGE

*En ce temps de mutations rapides dans les systèmes de santé occidentaux, il paraît nécessaire de prendre le temps de faire le point sur les transformations de l'accompagnement spirituel et de l'accompagnement religieux. Ces mutations sont mues par plusieurs facteurs : la sécularisation de plus en plus poussée de la culture, accompagnée – de manière presque paradoxale – d'une importance accrue de la spiritualité pour les contemporains, la laïcisation de la gouvernance et de la gestion au quotidien des institutions sanitaires et l'intérêt marqué de la biomédecine pour l'expérience spirituelle en temps de maladie. Dans ce contexte, l'accompagnement spirituel et l'accompagnement religieux en temps de maladie sont touchés à tous les niveaux : leurs fondements conceptuels, leurs pratiques, leurs modalités d'intégration dans la structure des établissements de soins. C'est à cette tâche de réflexion, qui touche à la fois des aspects pratiques et fondamentaux de l'accompagnement spirituel, que s'attellent les participants de divers horizons géographiques et professionnels réunis dans cet ouvrage collectif.*

#### LE PUBLIC

*Cet ouvrage s'adresse à toute personne intéressée par l'expérience spirituelle en temps de maladie : les chercheurs, les cliniciens, les bénévoles accompagnant les patients et les gestionnaires d'établissements de santé.*

#### LES AUTEURS

*Danièle Bourque, Pierre-Yves Brandt, Jean-Marc Charron, Véronique Dürst, Dominique Jacquemin, Guy Jobin, François Kabeya Lubanda, Danièle Leboul, Raymond Lemieux, Stéphanie Monod, Nicolas Pujol, Jean-François Richard, Étienne Rochat, Nicoleta Sacagiu*



# **L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie**

---

Guy Jobin, Alain Legault et Nicolas Pujol (dir.)

La publication de ce volume a été rendue possible grâce au soutien de la Chaire Religion, spiritualité et santé (Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval, Québec) et au Réseau Santé, Soins et Spiritualités (RESSPIR).



RÉSEAU SANTÉ, SOINS  
& SPIRITUALITÉS

© Presses universitaires de Louvain, 2017  
Dépôt légal : D/2017/9964/26  
ISBN : 978-2-87558-576-9  
ISBN pour la version numérique (pdf) : 978-2-87558-577-6  
Imprimé en Belgique par CIACO scl – n° d'imprimeur : 95117

Tous droits de reproduction, d'adaptation ou de traduction, par quelque procédé que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation de l'éditeur ou de ses ayants droit.  
Couverture : Marie-Hélène Grégoire  
Mise en page : Émilie Hamoir

Diffusion : [www.i6doc.com](http://www.i6doc.com), l'édition universitaire en ligne  
Sur commande en librairie ou à  
Diffusion universitaire CIACO  
Grand-Rue, 2/14  
1348 Louvain-la-Neuve, Belgique  
Tél. 32 10 47 33 78  
Fax 32 10 45 73 50  
[duc@ciaco.com](mailto:duc@ciaco.com)

Distributeur pour la France :  
Librairie Wallonie-Bruxelles  
46 rue Quincampoix - 75004 Paris  
Tél. 33 1 42 71 58 03  
Fax 33 1 42 71 58 09  
[librairie.wb@orange.fr](mailto:librairie.wb@orange.fr)

# Partie 1

## *Accompagnement spirituel et institutions*

---



# L'aumônier, un soignant parmi d'autres ?

## *Intégration de l'appartenance religieuse et de la spiritualité dans le cadre thérapeutique*

---

Pierre-Yves Brandt<sup>1</sup>

### 1. Du religieux vers le spirituel

« Le terme “spirituel” est aujourd’hui fréquemment utilisé dans des contextes où le terme “religieux” était auparavant employé ». Cette affirmation, souvent citée sur la toile ou dans des publications récentes<sup>2</sup>, exprime le constat d’un déplacement du religieux vers le spirituel dans l’usage langagier contemporain. Comment l’interpréter ? Allan Josephson et Irving Wiesner<sup>3</sup> y lisent le remplacement de la référence aux religions en tant que systèmes codifiés liés à des traditions spécifiques par un terme générique plus englobant qui les contient tout en les dépassant :

Les termes religion et spiritualité sont souvent utilisés comme des synonymes mais constituent en fait des aspects distincts, bien que reliés l’un à l’autre, de l’expérience de vie. Dans son usage courant, le terme spiritualité renvoie au fait d’être relié à des réalités plus vastes que soi ou qui dépassent l’univers matériel. C’est un concept d’ensemble (*umbrella concept*) qui englobe la catégorie spécifique de la religion. »<sup>4</sup>

Si ce constat s’applique en bonne partie au champ de la psychologie de la religion et aux relations entre santé et religion, il ne serait pas difficile de montrer qu’il couvre une réalité sociétale plus générale. Dans les limites de cette contribution, je vais me

---

<sup>1</sup> Pierre-Yves Brandt est professeur de psychologie de la religion à l’Université de Lausanne depuis 1999. Il préside la Fondation des Archives Jean Piaget. Ses recherches portent sur la représentation de Dieu chez l’enfant, sur la construction psychologique de l’identité religieuse et sur la religiosité des personnes âgées et l’accompagnement spirituel en institutions de soins. Adresse : Université de Lausanne, Faculté de théologie et de sciences des religions, Quartier Unil-Dorigny, Bâtiment Anthropole, CH-1015 Lausanne, courriel : Pierre-Yves.Brandt@unil.ch.

<sup>2</sup> Les citations renvoient à Gorsuch R. L., Miller W. R., « Assessing spirituality », in Miller W. R. (dir.), *Integrating spirituality into treatment : resources for practitioners*, Washington (DC), American Psychological Association, 1999, p. 47-64.

<sup>3</sup> Josephson A. M., Wiesner I. S., “Worldview in psychiatric assessment”, in Josephson A. M. et Peteet J. R. (dir.), *Handbook of spirituality and worldview in clinical practice*, Arlington (VA), American Psychiatric Publishing, 2004, p. 15-30.

<sup>4</sup> *Ibid.* p. 16, ma traduction.

concentrer sur l'impact de ce déplacement sur la manière d'envisager le statut de l'aumônier en hôpital.

## 2. Transformations du statut de l'aumônier

Pour illustrer comment cette évolution affecte la profession d'aumônier, je partirai d'un exemple québécois. En 2006, les aumôniers du Service de soins spirituels du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) choisissent de s'appeler dorénavant « intervenants et intervenantes en soins spirituels ». Ce changement de nom est présenté comme un véritable tournant sur le site du CHUM : « En 2006, un tournant s'impose, le service vit un changement important »<sup>5</sup>.

L'évolution observée au CHUM n'est pas un cas isolé. Il s'agit en fait d'un changement général au Québec qui a été accompagné par la création de l'Association des Intervenants et Intervenantes en Soins Spirituels du Québec (AISSQ).

On constate une évolution similaire en Suisse. Au Centre universitaire hospitalier du Canton de Vaud (CHUV), par exemple, l'aumônerie dépend directement de la Direction des soins (DSO). Sa mission y est définie au service de l'ensemble des patients, pour la prise en charge des besoins non seulement religieux mais aussi spirituels. Dans l'exercice de cette mission, la collaboration avec les équipes soignantes est soulignée :

« La mission du Service d'aumônerie est d'offrir une présence à **l'ensemble des malades** et d'assurer une prise en charge des besoins spirituels et religieux des patients en collaboration étroite avec les équipes soignantes. Lorsque cela est demandé, les aumôniers mettent en relation les patients avec leur communauté religieuse d'origine, qu'elle soit chrétienne ou non. »<sup>6</sup>

Parallèlement à cette intégration grandissante des aumôniers dans le dispositif de soins, Nicoleta Sacaggi observe, sur la base d'entretiens avec l'équipe des aumôniers du CHUV récoltés dans le cadre de sa recherche de thèse en cours, que plusieurs d'entre eux ont tendance à remplacer le terme d'aumônier par celui d'accompagnant spirituel.

Cette évolution résulte d'un jeu de pressions multiples qui s'exercent sur la définition du statut professionnel de l'aumônier. De fait, le statut de l'aumônier est défini par trois cadres institutionnels :

- l'État qui veut réguler la diversité religieuse et pose le cadre légal ;
- l'institution religieuse de tutelle (p. ex. une Église) qui valide son mandat ;

<sup>5</sup> Extrait du site du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), [consulté le 13 octobre 2015], disponible sur Internet : <<http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/soins-spirituels/qui-sommes-nous/historique>>

<sup>6</sup> Extrait du site du Centre Hospitalier Universitaire vaudois (CHUV), [consulté le 13 octobre 2015], disponible sur Internet : <<http://www.chuv.ch/fiches.htm?AUM9>>



- l'institution hospitalière qui régleme sa marge de manœuvre au sein de l'établissement hospitalier.

Dans un contexte où les Églises historiques sont en perte de vitesse, on attend des aumôniers qu'ils exercent leur mission de manière moins explicitement confessionnelle.

Aux États-Unis aussi, l'aspect non confessionnel du travail d'aumônerie dans les établissements publics est souligné. Ainsi, à l'hôpital d'Overbrook<sup>7</sup>, on parle aujourd'hui de *spiritual care* là où l'on s'était mis à parler de *non-denominational care*, et l'on précise que les aumôniers sont des *interfaith chaplains*.

En France, en revanche, la loi du 9 novembre 1905 sur la laïcité impose des aumôneries confessionnelles. Cependant, dans les établissements privés, la plupart du temps religieux, la volonté de prendre ses distances par rapport à une identité confessionnelle s'observe également. Un conseiller juridique de l'archevêché de Paris me confiait récemment que la tendance à faire dépendre directement les aumôniers de la direction de l'hôpital se manifestait aussi dans les établissements hospitaliers catholiques : des aumôniers nommés pourtant par l'Église n'avoient à rendre des comptes qu'à la direction de l'hôpital !

Je n'ai pas le temps d'entrer dans toute la variété des modes d'organisation du travail d'aumônerie qu'on peut rencontrer dans des établissements hospitaliers. Le Tableau 1 combine les trois cadres institutionnels que sont l'État, les institutions religieuses et les institutions hospitalières et situe dans les cases correspondantes les exemples du CHUM, du CHUV et, de manière générale, les établissements hospitaliers français. Le cadre légal, qui relève généralement de l'État, définit si la mission d'aumônerie est confessionnelle ou non. Notons ensuite que, suivant les contextes, l'aumônier reçoit son mandat d'une institution religieuse (p. ex. d'une Église) ou de l'hôpital, qu'il est un employé de cette institution ou de l'hôpital, qu'il est intégré dans l'équipe de soins ou non<sup>8</sup>. Dans certains établissements hospitaliers, on observe clairement la mise en place d'un modèle de soins bio-psycho-socio-spirituel qui intègre l'aumônier comme un intervenant parmi d'autres dans l'équipe pluridisciplinaire.

<sup>7</sup> Cadge W., *Paging God. Spirituality in the halls of medicine*, Chicago, The University of Chicago, 2012.

<sup>8</sup> En France, malgré le régime de laïcité, cette tendance qui se manifeste aussi, tout spécialement dans les institutions privées, notamment dans les établissements fondés par des organismes religieux.

Tableau 1 : Variété de relations entre employeur, mandant et mission des aumôniers<sup>9</sup>

Employeur	Institution religieuse		Institution hospitalière	
	Inst. rel.	Inst. hosp.	Inst. rel.	Inst. hosp.
<b>Mission confessionnelle</b> « au service du culte auquel l'aumônier appartient »			France	
<b>Mission non confessionnelle</b> « au service de tous »	CHUV		CHUM	CHUV

### 3. Intégration de l'appartenance religieuse et de la spiritualité dans les modèles de soins

La prise en compte de la dimension religieuse et spirituelle dans les modèles de soins s'accroît ces dernières années. Elle marque un déplacement vers les institutions de soins de l'accompagnement spirituel des patients, autrefois du ressort exclusif des institutions religieuses. C'est la conséquence d'un affaiblissement des institutions religieuses traditionnelles dans un monde qui tend à la globalisation. Dans les pays occidentaux, la pluralité, notamment religieuse, se généralise et oblige à des choix politiques pour la régulariser. Cette pluralité se caractérise à la fois par une diversité religieuse grandissante et par l'émergence de formes nouvelles de spiritualités qui ne se reconnaissent pas dans les grands courants religieux historiques.

Dans ce contexte, intégrer l'appartenance religieuse (chrétienne, avec ses différences confessionnelles, musulmane, bouddhiste, juive, etc.) dans les modèles de soins renvoie à la diversité religieuse. Cette diversité apparaît dès lors que la pluralité confessionnelle ou religieuse est politiquement tolérée (évolution observable dans de nombreux pays du monde ces deux derniers siècles). Elle résulte aussi des processus de migration.

<sup>9</sup> Le mandant est l'institution qui reconnaît qu'une personne a la compétence d'exercer la fonction d'aumônier et qui la mandate pour le faire. La zone grise couvre les cases « improbables » du tableau : il est en effet peu probable qu'une institution religieuse finance le travail d'un aumônier mais laisse à l'hôpital le soin de le recruter et de le mandater. Le CHUV apparaît dans deux cases, car il y a en 2015 deux aumôniers qui sont financés et mandatés directement par l'hôpital alors que tous les autres dépendent des Églises reconnues par l'État.

La revendication de certains à être spirituels mais pas religieux apparaît comme un effet de la sécularisation. Les sociétés occidentalisées sont traversées par des processus de désaffiliation et d'individualisation. Nous vivons à l'ère de l'ego, pour reprendre le titre d'un ouvrage tout récent publié par des sociologues<sup>10</sup>. Basé sur une étude en Suisse, ils distinguent quatre profils types : les institutionnels (18 %) qui se reconnaissent une appartenance religieuse claire, les laïcs (appelés aussi « séculiers » 12 %) qui n'accordent d'importance ni à la religion ni à la spiritualité, les alternatifs (13 %) qui déclarent avoir une spiritualité alternative aux formes de spiritualités intégrées aux institutions religieuses, et les distancés (57 %) qui ont certaines convictions religieuses, qui sont favorables à l'existence des institutions religieuses mais disent ne pas en avoir besoin, sans exclure qu'ils puissent en avoir besoin un jour. Intégrer la spiritualité dans les modèles de soins consiste à accorder autant d'importance à la variété de formes de spiritualités revendiquées par les patients qu'à la diversité des appartenances religieuses.

### 3.1. Le cadre thérapeutique

Pour comprendre comment l'appartenance religieuse et la spiritualité sont intégrées dans le modèle de soins, une bonne manière de procéder consiste à analyser comment la dimension religieuse et spirituelle est inscrite dans le cadre thérapeutique. Par définition, le cadre thérapeutique comporte un contenant, c'est-à-dire le dispositif qui exerce la fonction contenante, et un contenu, c'est-à-dire ce que le bénéficiaire du traitement thérapeutique amène dans ce dispositif et ce qu'il en advient au cours du traitement. La prise en compte de l'appartenance religieuse et de la spiritualité peut se limiter au niveau du contenu ; elle peut, en plus, se situer aussi au niveau du contenant.

Si elle se situe seulement au niveau du contenu, elle se manifestera par :

- le respect des principes éthiques et religieux du patient ;
- une écoute bienveillante des thématiques religieuses et spirituelles apportées par le patient dans l'entretien ;
- un travail sur ces thématiques lorsqu'elles constituent des ressources pour un coping positif avec la maladie ;
- le cas échéant, un travail sur les thématiques qui interfèrent avec les soins.

Si elle se situe aussi au niveau du contenant, on observera que :

- le dispositif annonce explicitement cette intégration ;
- une formation de tous les soignants dans ce domaine est requise ;
- des aumôniers sont intégrés dans les équipes pluridisciplinaires ;
- on procède à une évaluation systématique de la religiosité et de la spiritualité chez tous les patients.

<sup>10</sup> Stolz J., Könemann J., Schneuwly Purdie M., Englberger T., Krüggeler M., *Religion et spiritualité à l'ère de l'ego : Profils de l'institutionnel, de l'alternatif, du distancé et du séculier*, Genève, Labor et Fides, 2015.

Ce qui vient d'être dit n'est pas spécifique au cadre thérapeutique institutionnel d'un établissement hospitalier, mais s'applique à tout cadre thérapeutique. En effet, n'importe quelle (psycho)thérapie en cabinet privé est déjà ici concernée, dès lors que l'on admet que tout ce qui compte pour la personne souffrante et donne sens à sa vie est susceptible d'être apporté dans le cadre thérapeutique, y compris ce qui se rapporte à la dimension religieuse ou spirituelle. En ce sens, n'importe quelle thérapie peut intégrer la religiosité et la spiritualité pour encourager le coping religieux positif ou pour prévenir le coping religieux négatif, ainsi que pour travailler sur d'éventuelles souffrances au niveau religieux ou spirituel.

Si l'on se situe ici au niveau du contenu, cela signifie que l'on reconnaît qu'il y a des contenus religieux ou spirituels comme il y a des contenus politiques, éthiques, culturels [coutumes alimentaires], etc.

Cependant, on peut aller plus loin et adopter une perspective holiste des soins. On approche alors de manière globale tout ce qui concerne la personne et peut favoriser son rétablissement, ce qui amène à intégrer l'appartenance religieuse et la spiritualité au niveau du contenant.

Si le cadre thérapeutique d'une prise en charge en cabinet privé peut intégrer ainsi religion et spiritualité, le cadre thérapeutique d'une institution de soins le peut aussi. Aujourd'hui, on s'achemine de plus en plus vers une intégration au niveau du contenant, c'est-à-dire au niveau du modèle de soins et donc de l'organisation institutionnelle des équipes soignantes. Ce processus d'intégration oblige à redéfinir les rôles respectifs des aumôniers et des autres membres du personnel soignant dans le domaine de l'accompagnement spirituel. En effet, face à des modèles de soins qui intègrent fortement la dimension religieuse et spirituelle, des questions légitimes émergent : Y a-t-il encore besoin d'aumôniers si tout le monde est formé en soins spirituels ? Ne faut-il pas tout simplement que l'aumônier soit absorbé par l'hôpital pour devenir un soignant parmi d'autres ? Un travail de réflexion s'impose sur la spécificité de l'aumônier en milieu hospitalier. À cet effet, examinons trois modèles différents d'intégration de l'aumônier dans un établissement hospitalier.

## **4. Examen de trois modèles**

### **4.1. L'institution hospitalière religieuse**

C'est le modèle dominant d'où sont issus les établissements hospitaliers contemporains. Nous venons de là. Jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux sont des hospices plus que des établissements médicaux. On y soigne des miséreux plus qu'on n'y traite les maladies. Dans la grande majorité de ces hospices, la référence religieuse est omniprésente. La France n'y fait pas exception : suite à la Révolution, les établissements hospitaliers ont beau avoir été officiellement placés sous la responsabilité des autorités politiques, les ordres religieux continuent d'en constituer l'essentiel du personnel.

Dans le monde christianisé, l'organisation spatiale, avec sa chapelle, et temporelle, avec ses heures de prières communes, situe clairement la référence au religieux au niveau du contenant. Mais cette référence est aussi explicite au niveau du contenu : prier pour le salut du malade, pour la bonne marche des soins, etc., fait partie du dispositif.

Aujourd'hui, malgré l'étatisation de la majeure partie des hôpitaux, ce modèle n'a pas complètement disparu. On trouve toujours des hôpitaux qui assument une identité religieuse ou spirituelle explicite : hôpitaux protestants ou catholiques, dépendant ou non d'ordres religieux, hôpitaux rattachés à une métropole orthodoxe, hôpital général juif de Montréal, cliniques et hôpitaux anthroposophiques (Suisse, Allemagne, Brésil), spirites (Brésil), mormons, etc.

Cependant, l'explosion des coûts consécutive à la technicisation des soins a rendu l'ensemble des établissements hospitaliers dépendants des systèmes d'assurance privés ou publics. Pour en bénéficier, les hôpitaux doivent garantir qu'ils sont ouverts à tous les patients, sans distinction d'appartenance religieuse.

L'intégration de la dimension religieuse et le statut de l'aumônier dans une institution hospitalière religieuse présentent les caractéristiques suivantes :

- La vision du monde à laquelle l'identité religieuse de l'établissement se réfère est explicitement assumée :
  - à chaque niveau de l'organigramme institutionnel ;
  - par chaque soignant, même si chaque soignant n'est pas forcément affilié à cette tradition religieuse ou spirituelle ;
- cette vision du monde est évoquée explicitement dans le contenu des soins prodigués à chaque patient (ou peut l'être, parce que chaque soignant ne l'assumera pas forcément de la même manière) ;
- l'aumônier est un théologien ordonné ou consacré par l'institution religieuse de tutelle pour un ministère pastoral ou d'accompagnement spirituel dans l'institution ; en raison de la diversité religieuse des patients, l'établissement peut choisir de s'adjoindre des aumôniers de traditions autres que celle assumée par l'établissement.

## **4.2. Le dispositif où chaque soignant est formé à l'accompagnement spirituel**

C'est un modèle qui s'est construit avec la mise en place des soins palliatifs et qui en constitue la référence pour la plupart des unités de soins palliatifs aujourd'hui. Dans ce modèle, c'est le contenant qui assume la spiritualité comme faisant partie des soins pour tous. L'intégration de la dimension religieuse ou spirituelle et le statut de l'aumônier y présentent les caractéristiques suivantes :

- l'unité de soins (clinique indépendante ou unité au sein d'un hôpital) assume explicitement une prise en charge globale du patient intégrant la « dimension spirituelle » ;
- chaque soignant reçoit une formation pour accompagner le patient dans son questionnement existentiel, y compris ses dimensions éthiques et spirituelles ;
- l'aumônier, qui a une formation en théologie, en sciences des religions, ou autre, est **un soignant parmi les autres** ;
  - le patient ne distingue pas forcément très clairement les rôles ;
  - l'expertise de l'aumônier, devenu accompagnant spirituel ou intervenant en soins spirituels, apparaît surtout dans le colloque pluridisciplinaire ;
- dans le modèle devenu dominant (à la suite de Kübler-Ross, Balfour, etc.), l'aumônier doit se présenter comme un intervenant non confessionnel.

#### **4.3. L'institution laïque qui réserve l'accompagnement spirituel aux aumôniers**

Ce modèle maintient l'aumônier dans son identité professionnelle distincte. Deux principaux cas de figure sont possibles :

Si l'institution n'assume pas le rapport à la question religieuse et spirituelle au niveau du contenant, cette question n'a alors de place qu'au niveau du contenu. C'est par exemple le système à la française, spécialement dans les établissements publics. Dans ce cas, l'aumônier est un intervenant *confessionnel* et les aumôneries le sont aussi.

Si l'institution indique explicitement qu'elle assume la prise en compte de la dimension « spirituelle », cela signifie qu'elle la prévoit pour tous, mais qu'elle ne la dispense effectivement qu'à ceux qui le demandent. Dans ce cas, l'aumônier sera plutôt un intervenant *non confessionnel* de qui on attendra une orientation « spirituelle » pas trop affirmée (pour être ouvert aux personnes se réclamant de spiritualités alternatives et pour rester accessible aux distancés). Au niveau global de leur modèle de soins, le CHUM et le CHUV, déjà pris en exemple, rentrent dans cette catégorie.

### **5. Quand l'aumônier est un soignant parmi d'autres**

Nous observons donc une tendance générale à transformer les services d'aumônerie confessionnels en services de soins spirituels. Le *Spiritual Care* est devenu un *label* pour identifier un nombre croissant de parcours de formation, de chaires universitaires, d'unités hospitalières.

Cette évolution n'est pas réservée au secteur public des soins. On l'observe aussi dans les établissements privés, notamment religieux. Si ces établissements veulent

pouvoir être reconnus par les systèmes de santé publics, ils doivent faire la preuve qu'ils offrent les mêmes services à tous les patients, quelles que soient leurs convictions politiques, éthiques, religieuses.

Comme nous l'avons vu, dans ce contexte marqué par la baisse de crédit accordé aux institutions religieuses, il est généralement admis que la spiritualité est plus englobante que la religion et que chacun a le droit de bénéficier d'un accompagnement spirituel et de soins spirituels. Ces affirmations sont généralement accompagnées d'une définition suffisamment vague de la spiritualité pour qu'on puisse penser abriter grâce à elle toute la diversité religieuse et spirituelle sous un même toit.

Cependant, quand on se penche plus en détail sur ce que nos contemporains comprennent par le terme de spiritualité, on se trouve en présence d'une telle variété de sens que l'on peine à y trouver un dénominateur commun. Des collègues danois se sont prêtés à cet exercice<sup>11</sup>. Ils ont soumis une liste de descripteurs volontiers associés au concept de spiritualité à 514 adultes. L'analyse factorielle appliquée aux données récoltées leur permet de distinguer six compréhensions contemporaines distinctes de la spiritualité qui n'ont pas grand-chose en commun. Suivant les personnes, la spiritualité est conçue comme :

1. dimension positive de la vie et bien-être ;
2. idéologie New Age ;
3. partie intégrante d'une vie et d'une tradition religieuses établies ;
4. aspiration vague pour l'essence de l'existence, opposée à la religion (on trouve ici en bonne partie les gens qui se disent « croyants mais pas religieux ») ;
5. égoïsme ;
6. inspiration ordinaire et laïque liée à des activités humaines telles le sport, la science, la sexualité, un régime alimentaire.

La conclusion de cette étude est qu'il faut soit renoncer à utiliser le terme de spiritualité dans des publications scientifiques, soit bien définir ce terme quand on l'utilise. Au mieux, on pourrait trouver un dénominateur commun aux sens 2 à 4 qui pourrait être résumée par l'expression : « expérience contextuelle de relation verticale à une réalité transcendante »<sup>12</sup>. Pourtant, ce dénominateur commun reste en tant que tel assez vague. Cela provient (probablement) du fait que la spiritualité des gens religieux et celle des gens non religieux (SBNR) constituent deux dimensions orthogonales plutôt qu'une seule et même dimension<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> la Cour P., Hørdam Ausker N., Hvidt N. C., « Six understandings of the word "spirituality" in a secular country », *Archive for the Psychology of Religion*, n° 34, 2012, p. 63-81.

<sup>12</sup> la Cour P., Hørdam Ausker N., Hvidt N. C., p. 80 : « *context-bound experience of relatedness to a vertical transcendent reality* ».

<sup>13</sup> Saucier G., Skrzypinska K., « Spiritual but not religious? Evidence for two independent dispositions », *Journal of Personality*, n° 74, 2006, p. 1257-1292.

Il se pourrait donc que le déplacement du religieux vers le spirituel ne débouche pas vers une recomposition plus consensuelle, générique du rapport à un système de sens et à une vision du monde qui le fonde, mais constitue une fragmentation supplémentaire du paysage religieux. Les travaux récents menés en Suisse par Jörg Stolz et ses collègues sociologues des religions ne prévoient en effet pas une augmentation du nombre de gens qui se disent « spirituels mais pas religieux », c'est-à-dire de ceux se réclamant de spiritualités alternatives, mais plutôt une croissance du nombre de ceux qui se disent « ni religieux ni spirituels »<sup>14</sup>.

Si tel est le cas, se contenter de former le personnel médical et soignant à accompagner un questionnement spirituel des patients de manière peu spécifique risque de ne convenir qu'à très peu de monde. Et ceci d'autant plus si les aumôniers adoptent une posture similaire et tendent à être assimilés à des écoutants dont on ne requiert pas d'expertise spécifique propre à la vision du monde et au système de sens de telle ou telle religion ou de tel ou tel courant spirituel.

Comme le dit en effet Kathleen Garces-Foley<sup>15</sup>, les premiers perdants d'un accompagnement spirituel (ou de soins spirituels) qui ne serait/seraient plus capable(s) d'être également religieux seront ceux pour qui la spiritualité n'est pas dissociable d'une tradition religieuse. Ce sont ceux que Jörg Stolz et ses collaborateurs appellent les « institutionnels ». Mais les « alternatifs » aussi pourraient ne pas se contenter d'un accompagnement plein d'empathie mais pas suffisamment audacieux pour intégrer des rites et pratiques auxquels ces patients accordent de l'importance. Par ailleurs, un accompagnement spirituel qui doit absolument être non-confessionnel risque aussi de passer à côté des « distancés » qui aimeraient retrouver les repères religieux de la tradition religieuse dont ils se sont éloignés. Quant aux « séculiers », il se pourrait qu'ils ne se sentent pas suffisamment entendus dans leur revendication de n'être « ni religieux ni spirituels » si l'intégration de la spiritualité dans les soins est trop systématique. Cela pourrait être notamment le cas dans les soins palliatifs lorsque le modèle de soins est fortement imprégné par l'idée de « bonne mort ». L'idée qu'il faudrait pouvoir mourir apaisé, réconcilié avec la vie, par un processus débouchant sur l'acceptation que cette étape fait partie de la condition humaine, peut paraître une idéologie insupportable.

## 6. L'aumônier, un intervenant spécifique

Pour conclure, je pense que la transformation du statut de l'aumônier en intervenant en soins spirituels, visant à en faire un soignant comme un autre dans le monde hospitalier, repose sur l'illusion que la spiritualité est plus homogène que la religion. Or, il n'y a pas d'un côté *les* religions et de l'autre *la* spiritualité. Au contraire, produit de

<sup>14</sup> Stolz (*et al.*), *op. cit.*

<sup>15</sup> Garces-Foley K., « Hospice and the politics of spirituality », dans Bramadat P., Coward H., Stajduhar K. I., (dir.), *Spirituality in hospice palliative care*, Albany (NY), State University of New York, 2013, p. 13-40.



l'individualisation des croyances et pratiques religieuses, le monde des spiritualités est encore plus fragmenté que celui des religions. Le projet d'accompagner toute la variété des formes de religiosité et de spiritualité pourrait conduire à se contenter d'un plus petit dénominateur commun des spiritualités. Le risque serait alors que l'accompagnement spirituel perde sa spécificité par rapport à d'autres formes d'écoute. Si tel était le cas, on assisterait au repli de la tâche des aumôniers sur une compétence globale d'écoute neutre et bienveillante partagée avec plusieurs autres professions soignantes. À terme, il y a fort à parier que la fonction d'aumônier perde alors sa raison d'être.

Peu importe, dira-t-on. L'essentiel n'est pas la survie d'une profession, mais le malade. Si le malade reçoit ce dont il a besoin grâce à des écoutants soignants formés à l'accompagnement des questions existentielles, il n'y a aucune raison de pleurer la disparition des aumôniers. Et l'on ajoutera que ce n'est là, en définitive, qu'une expression supplémentaire du remplacement progressif des prêtres et des pasteurs par des psychologues pour l'accomplissement des tâches d'accompagnement personnel, que l'entretien psychologique a remplacé pour beaucoup de gens la confession, la direction spirituelle ou la cure d'âme. Pourquoi n'en serait-il pas de même à l'hôpital ?

Si l'on adopte cette perspective centrée sur le patient, la question cruciale consiste à s'assurer qu'avec un dispositif qui prend cette orientation le patient y trouve son compte. Pour ma part, je fais l'hypothèse que ce n'est pas le cas et que le patient restera trop seul avec ses questions et ses attentes s'il ne peut pas bénéficier d'un accompagnement qui prend *plus spécifiquement* en compte sa vision du monde, son système de sens et de valeurs. Or, pour qu'une telle prise en compte soit possible, il faut que l'accompagnant spirituel dispose d'une connaissance approfondie du système religieux auquel se réfère le patient ou, du moins, de la manière dont un système religieux ou spirituel peut servir de repères dans le vécu de la maladie.

Pour l'instant, les risques liés à un manque de compétences chez les accompagnants spirituels qui remplacent les aumôniers ne se voient pas trop. En effet, les intervenants et intervenantes en soins spirituels et les accompagnants spirituels d'aujourd'hui sont à l'heure actuelle pour l'essentiel des aumôniers qui ont simplement changé de nom. Là où l'on a changé d'étiquette, la majorité des patients sont des personnes qui ont été socialisées dans le christianisme et partagent un bagage de culture religieuse commun avec les ex-aumôniers qui les visitent. Même si ces références ne sont pas explicitement mentionnées au cours de la visite, elles sont là en soubassement. Et les accompagnants spirituels d'aujourd'hui, encore majoritairement formés en théologie, sont capables de prendre en compte ces références non seulement avec les patients religieux, mais aussi avec les distanciés et même avec les alternatifs.

Le problème commence à apparaître aujourd'hui déjà avec l'islam et d'autres systèmes religieux propres à des cultures extraeuropéennes. Lorsque des patients attachés à ces traditions religieuses manifestent le désir d'un accompagnement spécifique qui

intègre ce lien à leur tradition religieuse, on va généralement chercher à l'extérieur de l'hôpital des représentants de ces systèmes religieux.

Si le travail d'aumônerie interne à l'hôpital se replie progressivement sur une compétence d'écoute générique, cela pourrait amener à procéder de même pour tout système religieux et même pour toute forme de spiritualité un peu spécifique. Dans ce cas, on aura au sein de l'institution hospitalière des écoutants avec de bonnes compétences psychologiques, les aumôniers disposant de compétences d'accompagnement confessionnel plus spécifique ayant simplement été renvoyés à l'extérieur, dans leurs communautés religieuses ou spirituelles d'appartenance. Dès lors, l'intervention de ces aumôniers dans l'hôpital n'aura lieu que s'il y a demande explicite.

Ce modèle représente peut-être la seule solution réaliste pour les établissements médicaux de petite taille. En revanche, dans les grands établissements, il est possible d'imaginer un autre modèle. Là où l'hôpital dispose d'une équipe d'aumôniers, on peut imaginer que cette équipe soit formée de personnes appartenant à diverses traditions religieuses ou spirituelles, que ces personnes soient toutes capables de l'écoute générique que nous avons décrite, mais aussi habilitées à assumer leur tradition religieuse d'appartenance ou leur attachement à une forme de spiritualité alternative. Ce qui voudrait dire que ces aumôniers puissent officiellement effectuer des actes religieux, des rituels, etc., dans l'espace de l'hôpital, non comme un reste de coutumes encore en vigueur pour les aumôniers chrétiens, coutumes en voie de disparition, non comme intervenants externes, mais comme aumôniers de l'hôpital. Si l'on suit cette proposition, se posera inévitablement la question de la composition de l'équipe d'aumôniers. Cela suppose de couvrir au mieux la diversité religieuse et spirituelle des patients, envisager pour certains des emplois à temps partiel afin d'élargir l'éventail des traditions religieuses et des formes de spiritualités dans l'équipe, etc. Quoi qu'il en soit, il faudrait alors insister sur le fait que tous les aumôniers attachés à un établissement hospitalier soient bien formés dans plusieurs traditions religieuses et spirituelles et dans l'accompagnement. À ce propos, une expérience récente m'a donné à réfléchir. Pour venir donner à Québec la conférence dont est issu ce texte, j'ai pris un pour Montréal avec Air Canada. Au début du voyage, une hôtesse de l'air a annoncé les langues parlées par les membres de l'équipage : anglais, français, arabe, allemand, portugais et espagnol. Pourquoi ne pourrait-on pas avoir de même une annonce dans le cadre d'un établissement hospitalier disant « Notre équipe d'aumônerie est composée de personnes affiliées aux traditions religieuses ou formes de spiritualités suivantes... », suivie de la liste de ces affiliations ?

# Table des matières

---

<b>Préface</b>	7
----------------	---

## **Partie 1**

### **Accompagnement spirituel et institutions**

#### **L'aumônier, un soignant parmi d'autres ?**

*Intégration de l'appartenance religieuse et de la spiritualité dans le cadre thérapeutique*

Pierre-Yves Brandt	11
1. Du religieux vers le spirituel	11
2. Transformations du statut de l'aumônier	12
3. Intégration de l'appartenance religieuse et de la spiritualité dans les modèles de soins	14
3.1. <i>Le cadre thérapeutique</i>	15
4. Examen de trois modèles	16
4.1. <i>L'institution hospitalière religieuse</i>	16
4.2. <i>Le dispositif où chaque soignant est formé à l'accompagnement spirituel</i>	17
4.3. <i>L'institution laïque qui réserve l'accompagnement spirituel aux aumôniers</i>	18
5. Quand l'aumônier est un soignant parmi d'autres	18
6. L'aumônier, un intervenant spécifique	20

#### **L'accompagnement, la spiritualité et le bien-être**

Guy Jobin	23
Introduction	23
1. Quelques questions	25
2. Une hypothèse	26
3. Le bien-être dans la spiritualité et la culture	30
Conclusion	34

## **La spécificité de l'accompagnement spirituel dans le monde des soins**

Nicolas Pujol	35
1. Quel socle moral pour professionnaliser le champ du spirituel ?	36
2. La spiritualité dans les établissements de santé : entre reconnaissance et responsabilité	39
Conclusion	42

## **Partie 2**

### **Spiritualité et identité**

#### **Expérience spirituelle et quête de l'identité**

Jean-Marc Charron	45
Introduction	45
1. De la spiritualité	46
2. Le cas de François d'Assise	48
3. Spiritualité, identité et psychologie	51
Conclusion	53

#### **Psychisme et spiritualité : là où se noue la condition humaine**

Raymond Lemieux	55
Introduction	55
1. Affect et désir : les ingrédients de l'humain	55
1.1. <i>Le psychisme comme affect</i>	56
1.2. <i>Le psychisme comme dynamique d'existence</i>	58
1.3. <i>Le psychisme et la question du sens</i>	61
2. Le Spirituel	63
2.1. <i>Le spirituel : une dynamique du désir</i>	63
2.2. <i>Tendre vers l'altérité</i>	65
2.3. <i>La vérité, enjeu et paradoxe pratique du désir</i>	66
En conséquence...	68

## Partie 3

### Soins spirituels : fondements et compétences

#### L'intervention religiologique en soins spirituels

Danièle Bourque	73
Introduction	73
1. D'où parlons-nous ?	75
2. Principes de l'intervention religiologique en soins spirituels	77
3. Posture clinique	78
4. La religiologie et les soins spirituels	79
5. La fabrique du religieux	80
Conclusion	81

#### Être accompagnant spirituel au CHUV : quelles compétences pour aujourd'hui ?

*Étude exploratoire sur les compétences des accompagnants spirituels  
du CHUV*

Nicoleta Sacagiu	83
Introduction	83
1. Objectifs	87
1.1. <i>Méthodologie</i>	87
2. Résultats	89
2.1. <i>Avoir accès au terrain pour explorer ce terrain :             Aumônerie du CHUV – un contexte particulier</i>	89
2.2. <i>Les facteurs qui peuvent ou non influencer             la mise en œuvre des compétences</i>	91
2.3. <i>Classification des compétences</i>	94
2.4. <i>Catégorisation des compétences très importantes/très utiles</i>	96
2.5. <i>Compétences à développer/nouvelles compétences</i>	96
2.6. <i>« Aumônier » ou « accompagnant spirituel » ?</i>	97
2.7. <i>Professionalisation du métier d'aumônier</i>	97
3. Discussions	98
3.1. <i>Méthodologie</i>	98
3.2. <i>Résultats</i>	99

3.3. <i>Piste de recherche</i>	103
Conclusion	104

## **Partie 4**

### **La spiritualité en clinique**

#### **Le désir de mort chez les résidents en institutions de long séjour**

Anne-Véronique Dürst, Etienne Rochat, Claudia Mazzocato, Brenda Spencer, Armin von Gunten, Christophe Büla, Thomas Münzer, Pierluigi Quadri, Alessandro Levorato, Stéphanie Monod

Introduction	109
1. Contexte	111
1.1. <i>Que savons-nous du désir de mort chez les personnes âgées ?</i>	111
2. Méthodologie	113
2.1. <i>Un programme de recherche adapté à la population âgée</i>	113
2.2. <i>Étude 1 : Méthodologie</i>	113
2.3. <i>Étude 1 : Résultats</i>	114
2.4. <i>Étude 1 : Discussion</i>	115
2.5. <i>Étude 2 : Méthodologie</i>	115
2.6. <i>Étude 2 : Résultats et discussion</i>	118
3. Conclusion	119
<i>Nos aînés éprouvent-ils un désir de mort spécifique ?</i>	119

#### **Directives anticipées et difficulté à les rédiger**

*Question éthique, psychique et/ou spirituelle ?*

Dominique Jacquemin	121
1. Un sommaire état des lieux	121
2. Une question d'actualité en France	123
3. Derrière les directives anticipées, quelle conception de l'éthique et de l'humain ?	124
4. Retour à la notion de directive anticipée « avec » Jean-Marc Ferry	126
5. Les directives anticipées comme lieu spirituel	127
6. Signification et élaboration des directives anticipées : quelles améliorations des pratiques ?	129
6.1. <i>Quel statut pour les directives anticipées ?</i>	129

6.2. <i>Vers quelles modalités de mise en œuvre ?</i>	130
En conclusion	131
<b>Quand la dimension spirituelle de la souffrance ouvre l'espace de l'écoute du psychologique</b>	
Danièle Leboul	133
1. Le contexte de la réalité tangible de la mort : finitude et régression	134
2. La médiation : pour que la parole ait une destination	134
3. L'ouverture de l'écoute : écoute du drame vécu	135
4. Le positionnement de l'écouter : nommer la souffrance spirituelle	136
<b>La compassion au cours du soin : énigme spirituelle d'une rencontre ?</b>	
Jean-François Richard	141
Introduction	141
1. Un événement qui surgit au cœur de la relation	141
2. La relation de soin bouleversée par une rencontre : la compassion	143
3. Violence de la rencontre : l'émotion	144
4. Rareté de la compassion	145
5. La compassion : vers quel agir ?	146
6. Le baiser au lépreux	147
<b>Les soins palliatifs, lieu clinique d'un possible « relèvement » en situation de fin de vie</b>	
<i>Projet de recherche</i>	
François Kabeya Lubanda	149
1. Compréhension du sujet	150
2. Problématique	152
3. Hypothèses	153
4. Méthodes	154
5. Questions fondamentales	156