

Accompagnement spirituel ou « faire passer un chameau par le trou d'une aiguille... »

Cosette Odier, pasteure

Volume 17, numéro 1, automne 2004

Au péril de l'accompagnement

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1073609ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1073609ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (imprimé)

1916-0976 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Odier, C. (2004). Accompagnement spirituel ou « faire passer un chameau par le trou d'une aiguille... ». *Frontières*, 17(1), 69–74.
<https://doi.org/10.7202/1073609ar>

Résumé de l'article

Cet article offre un état de la question sur le domaine de l'accompagnement spirituel, plus particulièrement de l'intégration de la dimension spirituelle dans les soins. Pour ce faire, l'auteure a choisi quelques thèmes qui reviennent régulièrement dans la littérature médicale et soignante : la difficulté à se mettre d'accord sur des définitions précises, le développement de la recherche, la manière de poser un « diagnostic » spirituel ou une évaluation de la situation spirituelle du patient.

Dans une seconde partie, l'auteure propose une réflexion plus personnelle. Elle met par exemple en évidence combien pour les soignants s'ouvrir aux questionnements et aux convictions de leurs malades nécessite un lâcher prise de leurs prétentions de maîtrise, oblige à se laisser surprendre et invite même à célébrer les mystères et les grâces de la vie.

Accompagnement spirituel ou « faire passer un chameau par le trou d'une aiguille¹ ... »

Résumé

Cet article offre un état de la question sur le domaine de l'accompagnement spirituel, plus particulièrement de l'intégration de la dimension spirituelle dans les soins. Pour ce faire, l'auteure a choisi quelques thèmes qui reviennent régulièrement dans la littérature médicale et soignante: la difficulté à se mettre d'accord sur des définitions précises, le développement de la recherche, la manière de poser un « diagnostic » spirituel ou une évaluation de la situation spirituelle du patient.

Dans une seconde partie, l'auteure propose une réflexion plus personnelle. Elle met par exemple en évidence combien pour les soignants s'ouvrir aux questionnements et aux convictions de leurs malades nécessite un lâcher prise de leurs prétentions de maîtrise, oblige à se laisser surprendre et invite même à célébrer les mystères et les grâces de la vie.

Mots clés: *Accompagnement – spirituel – sens – médecine – soins – interdisciplinarité.*

Abstract

This article offers a status questionis on the domain of spiritual care and especially on the way the spiritual dimension is included in general care. The author chose some topics which often appear in medical and nursing literature as: the difficulty to find a common definition of spiritual care, the areas of research on this topic, the spiritual assessment of the patient.

In the second part of the article the author offers a more personal reflection arising from her practice as chaplain in a large hospital. For example, she points to the need for caregivers to let go of their desires for control, to let themselves be surprised and even in awe in front of the mysteries and beauties of life.

Key words: *Spiritual care – meaning – medicine – medical humanities – faith.*

Cosette Odier, pasteure,

Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.

Un chameau par le trou d'une aiguille... autant dire une entreprise impossible... C'est bien ainsi que l'on interprète cette citation de la Bible dans laquelle l'évangéliste Matthieu cite Jésus illustrant la difficulté pour une personne riche d'entrer dans le « Royaume de Dieu » ou, pourrait-on dire, d'entrer dans une vie spirituelle vivante...

Intégrer l'accompagnement spirituel aux soins offerts en milieu de santé, s'agit-il d'un autre défi impossible à relever ?

Lorsqu'il y a vingt ans, je commençais à travailler dans une équipe de soins palliatifs, la question qui m'a été posée était: la dimension spirituelle existe-t-elle vraiment ? En équipe, nous avons repris cette question lors d'un séminaire et nous avons tenté de formuler des définitions qui nous permettraient une bonne collaboration au service des malades dans toutes les dimensions de leur être.

Aujourd'hui, dans un hôpital universitaire et dans le cadre de la préparation d'un programme de sciences humaines (Medical Humanities), j'ai été sollicitée pour intégrer à ce programme la dimension de ce que je nommerais la « théologie clinique ». L'équipe interdisciplinaire d'enseignants a en effet jugé nécessaire d'intégrer à l'enseignement des étudiants en médecine de première année une réflexion sur la dimension spirituelle de la personne humaine et une lecture des réalités rencontrées au chevet des patients tenant compte du mystère de la personne humaine et de la quête de transcendance qui l'anime.

En vingt ans, le rapport au spirituel dans le cadre des soins s'est donc modifié, particulièrement lorsqu'il s'agit de prendre en compte l'être humain comme sujet.

Pour nombre de soignants, voire d'institutions, il est aujourd'hui nécessaire de respecter la particularité de chaque patient en intégrant à une prise en charge globale tout ce qui découle de l'appartenance culturelle, spirituelle et religieuse.

Dans la pratique, pourtant, l'intégration de cette dimension demeure un défi. Beaucoup de patients ne peuvent guère aborder de discussions à ce niveau avec leur médecin, soit parce qu'ils ne s'en donnent pas l'autorisation, soit parce qu'ils ne sont guère écoutés lorsqu'ils essayent de s'aventurer dans ces domaines. Le rythme toujours plus effréné des journées de travail des équipes interdisciplinaires ne favorise guère ce genre d'échanges.

De plus, le questionnement que l'abord de la dimension spirituelle implique ne s'intègre pas sans difficulté à la logique médicale, voire à celle des sciences infirmières, qui toutes deux s'en tiennent souvent au corps comme objet de soins.

Un chirurgien, prêtre anglican le dit fort bien: « Il est facile (pour les médecins) de se sentir offensés, quand sur la base d'une conviction religieuse, les patients mettent en cause leur jugement médical » (Hall, 2003, p. 28). Lorsqu'un domaine où l'évidence n'est guère accessible vient mettre en cause la logique scientifique fondée sur des faits observables et documentés, le dialogue demeure difficile et ne repose bien souvent que sur l'expérience personnelle des personnes en cause. Chaque jour, des

patients font encore l'expérience cruelle que leur opinion sur leur maladie, leur manière d'appréhender la mort ou la suite de leur vie, n'est pas vraiment entendue à défaut de pouvoir être respectée.

Dans le courant du XX^e siècle, la direction de la majorité des hôpitaux a longtemps été la responsabilité de communautés religieuses, sœurs catholiques, diaconesses protestantes. Les hôpitaux étaient ainsi encore des maisons de prière! Aujourd'hui, les services de pastorale ont remplacé les religieuses et se sont adaptés à la diversité culturelle et religieuse de la population. Certes généralement chrétiens, les agents de pastorale ont appris à communiquer avec des personnes de toutes origines et reconnaissent que la majorité des personnes qu'ils rencontrent, s'ils n'ont généralement plus de pratique religieuse, n'en revendiquent pas moins une vie spirituelle.

L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL: ÉTAT DE LA QUESTION

LES DÉFINITIONS

Tant la littérature médicale anglophone que la littérature francophone cherchent à distinguer la dimension spirituelle de la dimension religieuse de la personne humaine. Pourtant, il est certain que la culture nord-américaine anglophone se démarque des sociétés québécoise ou d'Europe francophone, par une forte imprégnation religieuse. La pratique religieuse est, par exemple, nettement plus élevée aux États-Unis qu'en France ou en Suisse. Les convictions spirituelles et religieuses sont abordées beaucoup facilement dans une conversation courante en Amérique du Nord, alors que parler de sa vie spirituelle apparaissait récemment à un groupe de soignants suisse romand comme une conversation relevant d'un haut degré d'intimité. En effet, pour des raisons historiques différentes au Québec qu'en Europe francophone, la culture francophone est beaucoup plus marquée par un anticléricalisme – qui fut parfois caricatural – et par une séparation souvent absolue des Églises et de l'État.

Ainsi, s'il n'est pas rare de trouver des revues médicales anglophones qui proposent des réflexions, voire des études, sur l'impact de la religion et de la spiritualité sur la santé, ces sujets sont beaucoup plus rarement traités dans la littérature en français. Il est pourtant notable que ces sujets sont abordés tant en anglais qu'en français principalement autour de situations dans lesquelles la vie est mise en danger, que ce soit dans les revues traitant de soins palliatifs, d'oncologie ou de soins intensifs.

Breitbart, dans un article en anglais présentant une revue de la littérature faisant état de la recherche sur le thème du soutien apporté par la spiritualité dans les soins de

fin de vie, définit la spiritualité comme « ce qui permet à une personne de faire l'expérience de la signification transcendante de la vie. La spiritualité est une construction qui implique les concepts de Foi et Sens » (Breitbart, 2002, p. 273). Il ajoute plus loin que « la dimension de la "foi" (*faith*) est plus souvent associée à la religion et aux croyances religieuses, alors que la dimension du "sens" (*meaning*) est un concept plus universel qui peut exister pour des personnes religieuses ou non » (Breitbart, 2002, p. 274).

Rousseau quant à lui formule ainsi la distinction entre spirituel et religieux: « La spiritualité implique des questions (*issues*) universelles d'intention (*purpose*) et de sens (*meaning*) de la vie et appartient à l'essence humaine en quête de valeurs transcendantes. [...] En comparaison la religion comprend une croyance structurée qui aborde les questions spirituelles souvent au moyen d'un code éthique et une philosophie incluant la foi en un Dieu » (Rousseau, 2002, p. 2000).

En français, c'est d'abord par le biais de la terminologie inspirée de Virginia Anderson que les auteurs ont osé aborder le thème de la spiritualité dans les soins en mentionnant les « besoins spirituels et religieux » (Odier, 1987; Matray, 1995; Thieffry, 2001).

Bernard Matray le relève: « la mise en lumière de la notion de "besoin spirituel" a contribué à l'élargissement ou l'ajustement tant de l'identité soignante des professionnels de santé que de l'identité pastorale des titulaires d'aumônerie » (Matray, 1995, p. 19).

Ces besoins spirituels sont définis comme « les besoins d'être reconnu comme une personne, celui de relire sa vie, la quête d'un sens, le besoin de se libérer de sa culpabilité, de se réconcilier, de s'ouvrir à la transcendance et de percevoir un "au-delà aux limites de sa propre vie" » (Thieffry, 2001, p. 546).

D'autres formes de définitions se trouvent également dans la littérature médicale et infirmière en français « [...] les patients cancéreux se mettent en quête d'une instance supérieure, plus grande et plus puissante que leur propre moi, la dimension spirituelle » (*Tribune médicale*, 2002 p. 11). « La dimension spirituelle, quant à elle, touche à la dimension du Souffle ou de l'Esprit (grec: *pneuma*, latin: *spiritus*) et à la construction du sens. Elle touche le monde des croyances et de l'appartenance religieuse, mais par d'autres aspects, elle en est indépendante » (Rosset, 2002, p. 175)

Même si ces définitions ne se recourent pas complètement, quelques thèmes principaux reviennent: quête de sens, foi, transcendance. Et ces études illustrent bien aussi la distinction entre spirituel, compris comme un concept large, et religieux, dans son lien avec les traditions religieuses.

Il n'en demeure pas moins, et Elisabeth Michel le dit fort bien, que « la dimension spirituelle de l'être se situe toujours au-delà de ce que nous pourrions en dire » et qu'« il convient de rappeler que la dimension spirituelle de l'être ne s'enracine pas dans le champ du savoir, mais dans l'expérience de la conviction » (Michel, 1999, p. 20 et 21). C'est pourquoi auteurs francophones et anglophones ont de la difficulté à établir une définition claire de la spiritualité et par voie de conséquence s'accordent pour dire que ce flou est certainement une des raisons de la difficulté à prendre vraiment au sérieux cette dimension dans les soins.

« *Clinically, spiritual suffering is complex and nebulous and often difficult to assess. Moreover, physicians rarely inquire about spiritual concerns...* » (Rousseau, 2000, p. 2000) et « Aujourd'hui encore, le spirituel paraît aux yeux de certains trop vaste, trop mystérieux, trop inquiétant pour être accepté dans le champ du soin » (Matray, 1995, p. 18).

Mais, il ne me semble pas hardi d'affirmer que, plus qu'il y a vingt ans, des soignants et des médecins sont prêts à prendre en compte cette dimension, si floue soit-elle, de la vie de leurs patients et éventuellement à en valoriser les ressources dans leurs soins.

J'en veux pour preuve les nombreuses recherches effectuées.

LA DIMENSION SPIRITUELLE ET LA PRIÈRE: UN CHAMP DE RECHERCHE

Plusieurs facteurs stimulent un intérêt renouvelé sur des sujets tabous, il n'y a pas si longtemps, comme par exemple l'étude de l'impact du soutien spirituel et de la pratique religieuse sur la santé. Ces facteurs sont le développement de médecines douces et d'approches thérapeutiques alternatives aux soins traditionnels; le développement de l'éthique clinique; les plaintes des patients eux-mêmes; le frein mis à l'expansion des ressources pour les soins hautement techniques. Ils obligent à imaginer d'autres approches de la personne malade, comme, par exemple, les soins palliatifs et une approche plus humaniste des soins y compris des soins intensifs. L'impact de la prière sur les soins peut ainsi compter parmi ces nouvelles approches.

Notons, par exemple, la controverse autour de deux articles (Byrd, 1988 et Harris *et al.*, 1999). Ils cherchent à montrer, selon les méthodes classiques de « l'expérimentation clinique randomisée en double aveugle », les effets de la prière d'intercession à distance. Ces deux études, sur un collectif d'environ 400 patients (Byrd) et 1000 (Harris) ont consisté à demander à des personnes extérieures à l'hôpital et ne connaissant par les



Photo: Zahra Ziba Kazémi © Stephan Hachemi

malades de prier chaque jour pour la moitié d'entre eux en les appelant par leur prénom. Dans les deux cas, les patients n'ont pas été informés de cette démarche, les commissions d'éthique jugeant que cette étude ne pouvait en aucun cas porter préjudice aux malades et qu'aucun d'entre eux ne serait l'objet d'une attention spirituelle dont ils ne voudraient peut-être pas. Dans l'étude de Byrd, des améliorations significatives en ce qui concerne les complications ont été relevées. Dans l'étude de Harris, les résultats des malades pour lesquels on avait prié ont été 10% meilleurs que pour les autres, également en ce qui concerne les complications.

Beaucoup de critiques ont été formulées à l'encontre des résultats de telles études (Astin *et al.*, 2000; Bösch, 2002). Elles sont principalement d'ordre méthodologique et soulignent les critères d'évaluation différents utilisés pour chacune de ces études. Elles soulignent aussi un risque de biais: à savoir que toutes ces études ont été conduites dans des centres où la pratique de la prière d'intercession est très courante, ce qui n'exclut donc pas que d'autres personnes aient aussi prié pour les malades du groupe témoin. Ces critiques réaffirment enfin la grande difficulté d'utiliser les méthodes «randomisées en double aveugle» pour des sujets présentant autant de variables peu contrôlables.

Malgré ces critiques, il est intéressant de noter que les articles (Astin *et al.*, 2000) présentant une revue détaillée de la litté-

rature sur la guérison à distance affirment leur conviction que les résultats obtenus mériteraient d'être confirmés ou infirmés par d'autres recherches en affinant les méthodes de recherche.

L'existence de ces recherches, de centres nord-américains qui traitent des rapports entre religion et santé, le regard souvent sceptique mais tout de même intrigué de beaucoup de médecins aujourd'hui me poussent à croire que l'ère de la séparation absolue entre spiritualité et approche médicale se termine peut-être. De nouvelles relations sont certainement à inventer. Elles passent par un regard plus affûté quant à l'impact du spirituel sur le processus de guérison ou l'approche de la mort.

La question qu'inspirent ces constatations est immanquablement celle du comment. Comment, pour les soignants et les agents de pastorale, évaluer la vie spirituelle des patients qu'ils accompagnent, comment aborder ce sujet? Comment, pour les agents de pastorale, communiquer aux soignants de manière appropriée les observations faites lors de la visite des malades et de leur entourage?

VERS UN « DIAGNOSTIC » SPIRITUEL ?

Le terme de diagnostic spirituel peut choquer. N'est-il pas réservé au diagnostic différentiel du médecin ou à l'appréciation de l'infirmière? Il traduit en fait le terme «assessment» et pourrait se dire aussi «évaluation». L'intention principal qui soutend cette

Jérusalem, Palestine

notion est la nécessité de sortir d'appréciations si subjectives qu'elles ne peuvent pas être partagées et qu'elles gardent un statut tout à fait marginal dans l'appréciation de la situation d'un patient. Pour que le vécu spirituel des malades et de leur entourage, leurs ressources intérieures, puissent être prises en compte, valorisées, soutenues, il a semblé nécessaire tant aux médecins et aux infirmières qu'aux agents de pastorale de se doter de quelques outils d'appréciation et de communication.

Un outil d'évaluation pour les médecins

HOPE est l'appellation mnémotechnique d'un outil de communication et d'évaluation destiné aux médecins principalement et qui est cité dans bon nombre d'articles. Formulé par l'équipe du Dr Anandarajah (Anandarajah et Hight, 2001), il est le résultat d'un travail de recherche sur les liens entre spiritualité et santé mettant en évidence l'intérêt pour les médecins d'aborder les ressources et d'éventuels questionnements spirituels de leurs patients pour améliorer leur relation et donc la qualité de l'intervention thérapeutique.

L'évaluation spirituelle pendant une consultation médicale est une manière de commencer à intégrer la spiritualité dans la pratique médicale. Elle peut être informelle,

en écoutant et en prenant des notes au cours de l'anamnèse; ou formelle, en posant des questions spécifiques.

Les questions HOPE:

H: Quelles sont vos sources d'espérance (Hope), de sens, de réconfort, de force, paix, amour et relation?

O: Appartenez-vous à une religion traditionnelle (Organised)?

P: Quelles sont vos Pratiques et votre spiritualité Personnelle?

E: Quels pourraient être les Effets sur les soins médicaux et l'approche de la mort?

Les auteurs de l'article le soulignent, «établir une évaluation spirituelle implique généralement d'écouter avec grande attention les histoires que les patients racontent et la manière dont ils les vivent et non pas d'interpréter les questions spirituelles sous-jacentes» (Anandarajah et Hight, 2001, p. 85). Prendre au sérieux les événements de l'histoire de ses patients, reconnaître les émotions et les sentiments et l'interprétation qu'ils suscitent, devient ainsi en soi un soutien spirituel, qui ne nécessite pas toujours une autre action de la part du médecin. Par contre, la relation tissée ainsi entre le médecin et sa patiente portera les germes d'une maturation spirituelle pour les malades et éventuellement pour les médecins eux-mêmes.

Le Dr Koenig avait pris l'habitude d'intégrer dans son anamnèse la première question du questionnaire HOPE: Qu'est-ce qui vous donne de l'espoir, du réconfort, de la force pendant votre maladie? Qu'est-ce qui vous permet de donner sens à ce qui vous arrive? Il affirme: «Lorsque je leur posais cette question, beaucoup de patients y répondaient en mentionnant leurs convictions spirituelles et religieuses et nombre d'entre eux semblaient tellement apprécier de pouvoir y répondre, que j'ai finalement décidé de consacrer ma carrière de recherche à ce domaine. Les médecins aussi, peuvent grandement bénéficier d'être attentifs à l'histoire spirituelle de leurs patients» (Koenig, 2001).

Dans la pratique, une réflexion avec des groupes de médecins suivant un cours de formation continue en soins palliatifs, en Suisse romande, m'a récemment montré que pour beaucoup d'entre eux aborder les thèmes d'un questionnaire comme celui de HOPE demeure difficile. Ils ont souvent l'impression de s'immiscer dans l'intimité de leurs patients et ne s'autorisent pas à les interroger sur de tels sujets. Mais tous disent traiter parfois de questions spirituelles à la demande des patients qu'ils ont écoutés attentivement et qui les ont eux-mêmes dirigés vers de telles explorations.

La réflexion d'une équipe soignante

Certaines équipes de soins palliatifs désireuses d'adapter leur réponse aux

besoins spirituels des patients ont tenté de se donner un recueil de données abordant des thèmes spirituels et religieux. L'équipe du Dr Rivier (Rivier, 1998) a, par exemple, formulé le sien en cherchant à explorer les thèmes suivants: religion, souhaits du patient concernant une pratique éventuelle, désirs de la famille à ce sujet, relation-communication du patient avec son entourage (conflits, pardon à offrir et à recevoir, personne à revoir, attachements, engagements, non-dits, etc.), image de soi, images de l'Autre, croyances, image de la mort, transmission des informations (projets face à l'avenir). Une équipe de référence composée de soignants et de l'aumônier s'est constituée pour chaque patient. «C'est en principe l'un-e d'elle-eux qui remplit le recueil, à l'exception des items *images de l'Autre, images de la mort*, plutôt réservés à l'aumônier» (Rivier *et al.*, 1998, p. 29).

L'étude rétrospective de 42 dossiers a montré que ce recueil avait pu être utilisé dans 26 situations. Il s'est avéré que les catégories d'observation n'étaient pas comprises par tous les intervenants et qu'une évolution spirituelle des patients n'est pas saisissable. Par contre, cet outil de travail a permis une meilleure collaboration dans l'équipe interdisciplinaire, à l'exception des médecins. Cette étude montre ainsi la difficulté d'intégrer l'évolution des ressources spirituelles et leur évaluation dans les dossiers de soins, voire dans la représentation que les soignants se font des malades qu'ils soignent.

Les outils des équipes de pastorale

Ces difficultés sont certainement une des motivations pour les «professionnels de la dimension spirituelle», les agents de pastorale ou aumôniers, à essayer eux aussi de se doter d'outils d'évaluation de la vie spirituelle et religieuse des patients qu'ils accompagnent. Constatant aussi les problèmes récurrents que rencontrent les patients dont le cheminement spirituel ne peut être accueilli, ils se sentent pressés de trouver la bonne manière de transmettre des informations aux équipes soignantes afin qu'à leur tour elles puissent prendre conscience des ressources spirituelles des personnes qu'elles soignent et leur offrir un soutien toujours plus adapté. Les agents de pastorale souhaitent que ces informations qu'ils transmettent puissent être comprises, intégrées dans un processus global de soins tout en veillant à ne pas trahir leur secret professionnel et briser la relation de confiance avec les patients. Ils désirent aussi que leur accompagnement offre un approfondissement de l'expérience humaine et spirituelle en apportant plus qu'une simple salutation de la part de la communauté religieuse.

Dans cette perspective, une équipe québécoise de pastorale à Québec, dans le cadre du Centre de pastorale de la santé et des services sociaux, propose les catégories suivantes: bien-être, indifférence, malaise, souffrance, et détresse spirituels, et offre des exemples de formulation d'observations qui pourraient être notées dans le dossier:

Bien-être spirituel: «Madame exprime son bien-être spirituel: elle est capable de puiser dans son expérience de foi pour dépasser l'emprise de sa souffrance. Cette expérience augmente son désir de vivre des relations significatives et de nourrir son intimité avec Dieu tout en poursuivant ses traitements.»

Malaise spirituel: «Monsieur témoigne d'un malaise spirituel: il cherche dans ses ressources spirituelles et religieuses pour assumer sa situation, mais il se dit incertain d'avoir de telles ressources. Il semble avoir besoin de puiser dans son héritage spirituel, ainsi que ses valeurs personnelles qui animent ses engagements actuels.»

Détresse spirituelle: «Monsieur semble en détresse spirituelle: ses raisons de vivre ne le soutiennent plus, et il dit ne sentir aucune aide, même de Dieu. Il semble avoir besoin d'être encadré, voire pris en charge pendant un certain temps, avec le support d'une relation significative et professionnelle fréquente pour trouver plus de lumière au niveau spirituel.»

Pour pouvoir écrire de telles observations, les aumôniers ou agents de pastorale se dotent de divers outils d'évaluation. Certains commencent par observer le patient, nomment ses émotions, son histoire de santé, sa dynamique familiale pour en déduire son histoire spirituelle, religieuse, ses ressources et souffrances d'ordre spirituel. D'autres partent d'un regard résolument spirituel et religieux et lisent l'ensemble de l'histoire des patients à partir de leur spécificité. Les premiers notent ainsi comme thèmes d'observation: le sens, les valeurs, l'appartenance, l'identité, alors que les seconds s'intéressent par exemple à la conscience du sacré, le sens de la Providence, la foi, la repentance et la conversion, l'appartenance, l'espérance.

À titre d'exemple, voici trois thèmes d'observation. Deux proviennent du travail de Pruyser, psychiatre nord-américain qui souhaitait stimuler les agents de pastorale à approcher les patients avec plus de professionnalisme (Pruyser, 1976) et le troisième en est un que j'ai moi-même souvent mis à l'épreuve.

La repentance et la conversion

Comment cette personne fait-elle face à la culpabilité présente en tout être humain? Est-elle capable de regretter des actions, des attitudes? A-t-elle conscience que malgré

toutes ses bonnes intentions, elle a blessé, déçu ses proches et comment le vit-elle? Envisage-t-elle la possibilité de changer d'attitude, de ne plus se laisser déterminer par les erreurs passées? Peut-elle faire ou a-t-elle déjà fait des choix dans cette perspective? Peut-elle envisager de vivre une réconciliation avec elle-même, avec des événements de sa vie, des personnes, des pans de son histoire? Et comment cela peut-il se vivre ou comment cela s'est-il vécu? Peut-elle laisser aller ce qui est passé et envisager son aujourd'hui sans être totalement envahie par son passé?

La vocation

Cette personne a-t-elle le sentiment d'être appelée à vivre ce qui lui arrive? Le voit-elle comme une fatalité ou a-t-elle trouvé une façon de l'intégrer à son histoire, à sa personnalité? Se sent-elle appelée à vivre pour quelque chose ou pour quelqu'un? Sa maladie vient-elle encourager ou interrompre son intention? Comment vit-elle les contradictions que les événements récents introduisent dans sa vie?

L'utilisation d'images ou de symboles

Quelles images, représentations ou symboles cette personne utilise-t-elle pour décrire ce qui lui arrive? Comment intégrer ces représentations à son expérience d'hospitalisation, quelles nouvelles images en émergent? Quels symboles ou images captent le mieux l'expérience que la personne est en train de faire? Quels symboles, sacrements, textes de sa tradition religieuse, familiale, l'aident ou pourraient la soutenir?

La richesse de toutes ces formes d'évaluation ainsi que l'effort actuel des différents membres de l'équipe interdisciplinaire pour les affiner et les mettre en œuvre sont certainement le signe que chacun à sa façon essaie de s'approcher du mystère de l'autre et souhaite mieux respecter son cadre de référence, sa culture. Ils tentent ainsi de se prémunir contre le risque toujours présent de réduire l'autre à son propre regard et à sa propre représentation du monde.

FAIRE PASSER UN CHAMEAU PAR LE TROU D'UNE AIGUILLE...

Ces mots que l'évangéliste Matthieu place dans la bouche de Jésus suivent le récit de sa rencontre avec le «jeune homme riche» qui, ayant accompli tous les préceptes de la Loi et les rituels de sa religion, se demande comment atteindre le Royaume des cieux. Jésus lui répond qu'il ne lui manque qu'une chose: vendre tout ce qu'il possède, le donner aux pauvres et le suivre.

J'interpréterai ce texte biblique en disant que Jésus utilise cette image à propos de l'homme ou de la femme riche qui souhaite

être éveillée à la dimension spirituelle. Il suggère ainsi la difficulté pour celui ou celle qui est encombrée par de nombreuses possessions ou par un savoir abondant, de modifier ses priorités et son échelle de valeurs pour porter un regard nouveau sur la vie.

Donner un sens à sa vie, reconnaître que les apparences ne disent pas tout de la réalité et que même la mort n'a pas le dernier mot sur la vie, nécessitent un important travail intérieur. Tout croyant a vécu ses heures de désespoir, de questionnement intense, ses nuits, ses temps de désert sans pour autant remettre en cause le chemin sur lequel il s'était engagé.

La vie spirituelle a sa discipline, ses formes d'ascèse, non pas tellement pour se conformer à une morale, à des dogmes normatifs mais plutôt parce que la capacité de jeter un regard neuf sur sa vie est à ce prix.

C'est pourquoi s'engager à prendre au sérieux la dimension spirituelle enfouie en chaque personne relève bien du défi... autant pour celui ou celle qui accompagne que pour celui ou celle qui se trouve accompagnée... Car pourrions-nous un jour vraiment prétendre être passé par le trou de l'aiguille?... et, en même temps, la vie ne nous offre-t-elle pas sans cesse des occasions de le traverser?

Comme soignants, au sens le plus large, que devons-nous abandonner pour porter ce nouveau regard sur la vie des patients? Je me risquerai à répondre au moyen de trois affirmations que je vais expliciter: médecins, soignants, agents de pastorale, nous devons quitter la maîtrise, quitter les certitudes et demeurer ouverts à ce qui se présente à nous.

QUITTER LA MAÎTRISE ET SE RISQUER AU PAYS DU PARADOXE OU L'EMPATHIE COMME OUTIL D'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL

Dans les soins, il est évidemment indispensable de pouvoir maîtriser beaucoup pour espérer améliorer l'état de santé de ceux et celles qui se confient au système de soins. Maîtriser l'accès aux examens qui permettront de poser un diagnostic, maîtriser les traitements pour qu'ils donnent les résultats escomptés, maîtriser les effets secondaires, maîtriser le mieux possible l'organisation de son travail et de celui de ses collaborateurs et collaboratrices, maîtriser les coûts de la santé.

Aborder la dimension spirituelle des soins nécessite pourtant de renoncer à une telle maîtrise, au moins pour un temps. Aller à la rencontre de l'autre dans son mystère, apprendre à connaître ses références, ses croyances, découvrir avec lui ses ressources du moment, oblige de ne pas s'offusquer des contradictions de pensées, de sentiments.

Vivre ensemble la peur et la confiance, le doute et la foi, la colère et l'espérance, le sentiment d'abandon et la conviction de la présence du Tout Autre n'est pas rare dans le cadre d'un cheminement spirituel. Pour le croyant, avoir placé sa confiance en Dieu n'exclut pas la peur et l'incertitude; le doute passager n'empêche pas de vraiment compter sur le don de la paix et de la foi renouvelée. Le croyant peut crier sa colère à son Dieu, clamer l'injustice de ce qui lui arrive avec la confiance que son cri a été entendu et que de nouveaux paysages s'ouvriront à lui. Il fait vivre ainsi à l'accompagnant bien des paradoxes.

Le sens donné à la souffrance est emblématique. Les résultats de travaux de recherche pour soulager les douleurs physiques ou psychiques permettent aujourd'hui d'exiger de tout soignant une attention soutenue afin de ne pas laisser des patients «souffrir inutilement». Par ailleurs, quiconque se retourne sur sa vie avec sérénité doit souvent reconnaître que les périodes de son existence qui ont été les plus difficiles, celles où la souffrance a été au rendez-vous, ont été les périodes de plus grande transformation, de maturation, voire de libération. Nous ne pouvons qu'accepter ce paradoxe: il est nécessaire de faire ce qui est en notre pouvoir de soignants pour soulager ceux et celles que nous soignons, mais sachons aussi que l'expérience douloureuse que nous traversons avec eux peut comporter des germes de maturation et de croissance spirituelle.

L'expérience spirituelle comporte pour beaucoup une référence à la transcendance et suppose ainsi une relation avec un Tout Autre. Surface privilégiée de projections, simples fantasmes critiqueront certains. Assurément elle peut l'être. Mais la relation existe dans l'expérience de beaucoup: relation intense et surprenante qui ouvre sur le surnaturel, l'incompréhensible, l'immensurable.

Pour les soignants, s'ouvrir à ces réalités, aux questionnements et aux convictions de leurs malades nécessite plus souvent

de lâcher ses prétentions de maîtrise, oblige à se laisser surprendre, à se laisser déplacer et invite même à célébrer les mystères et les grâces de la vie.

LÂCHER LA CONSTRUCTION DE NOS CERTITUDES

Les nombreux travaux cherchant à évaluer l'expérience des patients et à en rendre compte le mieux possible sont nécessaires et, nous l'avons vu, ils peuvent améliorer les relations entre soignants et soignés, et aussi entre soignants, mais ils ne suffisent pas. Ils comportent même le risque de nous laisser dans l'illusion ou la certitude que nous avons compris ce que les autres vivent. Nous ne pouvons comprendre l'expérience spirituelle de l'autre en demeurant de simples observateurs. Pour entrer dans l'expérience de l'autre, la passion est nécessaire. La passion devant le mystère de l'autre, devant son expérience unique, ses faiblesses et ses forces.

S'intéresser à l'histoire spirituelle des malades est essentiel. Hall l'affirme : « Même si la préparation est importante à cause de la diversité de croyances, de traditions, les médecins doivent apprendre les détails d'une perspective religieuse spécifique en parlant avec leurs patients. Écouter avec attention est essentiel » (Hall, 2003, p. 28) Écouter attentivement, se laisser passionner, déplacer. Offrir l'hospitalité (Nouwen, 1996, p. 162) à l'autre à l'intérieur de son champ de certitude et accepter de n'être plus jamais tout à fait comme avant.

Une petite histoire rabbinique capte bien cette réalité. Un rabbin demande à ses élèves : « Comment savoir avec certitude lorsque la nuit se termine et que commence le jour ? » Un élève répond : « Lorsque, regardant dehors, l'on peut distinguer une vache d'un cheval. » « Non » dit le rabbin. Un autre étudiant propose : « Lorsque l'on peut distinguer une plume noire d'une plume blanche. » De nouveau le rabbin secoue négativement la tête. « Vous savez, dit-il, c'est lorsque vous pouvez regarder le visage de votre voisin et reconnaître en lui ou en elle, un frère ou une sœur en humanité. Tant que vous ne pouvez discerner cette réalité, quelle que soit l'heure du jour, il fait toujours nuit. »

Écouter l'autre induit ainsi une seconde nécessité : celle de s'écouter soi-même pour ne pas mélanger ce que mon expérience m'apprend de la réalité de l'autre avec l'expérience de l'autre, pour ne pas mélanger mon histoire et la sienne. Nous ne pouvons jamais être certain d'avoir vraiment compris l'autre.

DEMEURER DANS L'OUVERTURE

Infirmière, médecin, agent de pastorale, tout intervenant peut être impliqué dans le soutien spirituel, par son écoute, son attention à l'autre. Cela, nous l'avons vu, nécessite une

certaine préparation : se familiariser avec des définitions, considérer que la dimension spirituelle peut être une ressource significative pour la santé des patients et leur entourage, connaître quelques outils d'évaluation et être prêt à appréhender des vécus spirituels très divers.

Il faut également interroger ses propres *a priori* philosophiques et spirituels. Ouverture pour accueillir l'autre dans sa différence, mais ouverture aussi pour écouter en soi-même comment cette rencontre nous affecte et nous enrichit. Invitation à bouger, à se déplacer. Ouverture à aborder des domaines peu cités ou pratiqués dans le monde de la santé, comme par exemple le silence ou le désir de creuser le sens de la vie.

Si ces attitudes sont souhaitables pour tout soignant soucieux de rencontrer ses patients, elles sont indispensables pour les aumôniers et agents de pastorale.

Au cours de mes vingt ans de pratique, j'ai fait mille et une fois l'expérience de la difficulté d'intégrer l'accompagnement spirituel aux soins. J'ai aussi vécu de belles collaborations ; j'ai été témoin de transformations dans la vie de nombreux patients et de soignants. J'ai donc la conviction que le défi en vaut la peine et que tenter de le relever est une source de motivation pour ceux et celles qui s'y exercent.

Notons enfin que plusieurs interprétations du texte de l'Évangile de Matthieu suggèrent que le « trou de l'aiguille » dont il était question était en réalité le nom donné à l'une des portes des murailles de Jérusalem. Peut-on encore parler d'une tâche impossible ? Elle demeure délicate et parfois hasardeuse suivant la charge du chameau, mais elle est possible ! Tous les jours de nombreux chameaux entrent encore à Jérusalem !

Bibliographie

- ANANDARAJAH, G. et E. HIGHT (2001). « Spirituality and medical practice: using HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment », *American Family Physician*, 63, p. 81-8,89.
- ASTIN, J.A., E. HAKNESS et E. EDZARD (2000). « The efficacy of Distant Healing: a systematic review of randomised trials », *Ann. Intern. Med.* 132, p. 903-910.
- BAUMRUCKER, S. J. (1996). « The therapeutic baptism: a case of missed cultural clues in terminal setting », *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, septembre/octobre, p. 36-37.
- BÖSCH, J. (2002). « Base scientifique de la guérison énergétique spirituelle », *Forum med. suisse*, 21, p. 511-538.
- BREITBART, W. (2002). « Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning- centered group psychotherapy interventions in advanced cancer », *Support Care and Cancer*, 10, p. 272-280.

BYRD, RC. (1988). « Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population », *South Med. J.*, 81, p. 826-829.

HALL, D.E. (2003). « When clinical medicine collides with religion », *The Lancet*, vol. 362, p. 28-29.

HARRIS, W.S., M. GOWDA, J.W. KOLB, C.P. STRYCHACZ, J.L. VACEK, P. G. JONES *et al.* (1999). « A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to coronary care unit », *Arch. Intern Med*, 159, p. 2273-2278.

KOENIG, H. (2001). « Spiritual assessment in medical practice », *American Family Physician*, 1.

MATRAY, B. (1995). « Besoins spirituels et accompagnement », *Laennec*, 12, p. 18-20.

MICHEL, E. (1999). « Les soins infirmiers en réponse aux besoins spirituels des personnes en fin de vie », *InfoKara*, n° 56, 4, p. 20-24.

NOUWEN, H. (1996). *The Wounded Healer*, New York, A Dayspring Edition, p. 157-169.

ODIER, C. (1987). « L'accompagnement spirituel », dans C.H. RAPIN (dir.), *Soins palliatifs, mythe ou réalité*, Lausanne, ed. Payot, p. 113-117.

ODIER, C. (1992). « Y a-t-il des soins palliatifs laïcs ? Le soutien spirituel mis au défi », dans D.L. ROY et C.H. RAPIN (dir.), *Les annales des soins palliatifs, Les défis*, n° 1, Montréal, Centre de bioéthique, Institut de recherches cliniques, p. 31-35.

ODIER, C. et D. MARCANT (1995). « De la dyspnée aiguë au rôle du mourant », dans D.L. ROY et C.H. RAPIN (dir.), *Les annales des soins palliatifs. Le soulagement des symptômes et l'approche palliative*, n° 3, Montréal, Centre de bioéthique, Institut de recherches cliniques, p. 43-52.

PRUYSER, P. (1976). *The Minister as diagnostician*.

RIVIER, E., P. FAVEZ, S. COLOMBEY, R. PERRIER, S. GUERREAU, C. HALBRITTER, I. SOMMERMATTER, G. WGNAER, F. ROSSELET, R. BLOECHINGER (1998). « De la difficulté de répondre aux besoins spirituels des patients », *InfoKara*, vol. 49, n° 1, p. 27-34.

ROSSELET, F. (2002). « Prise en charge spirituelle des patients : La neutralité n'existe pas », *Revue médicale de la suisse romande*, 122, p. 175-178.

ROUSSEAU, P. (2000). « Spirituality and the dying patient », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 18, n° 9, mai, p. 2000-2002.

SMYTH, P. et D. BELLEMARE (1988). « Spirituality, pastoral care and religion: the need for clear distinctions », *Journal of Palliative Care*, vol. 4, n° 1 et 2, p. 86-88.

THIEFFRY, J.-H. (2001). « Les besoins spirituels au cours des maladies graves », dans *Manuel de soins palliatifs/Centre d'éthique médicale*, Paris, Dunod, p. 546-557.

TRIBUNE MÉDICALE (2002). « Il ne faut pas oublier la dimension spirituelle », n° 39, vendredi 27 septembre, p. 11.

Note

1. Évangile de Matthieu 19,24.