

Pour citation de ce texte :

Loudia Désaulniers « Spécificité de l'accompagnement spirituel en milieu de santé » : *Site Observatoire des religions*, Faculté de théologie et de sciences des religions, Université de Montréal (CRCS, CRC - IPG), Décembre 2009, 70 pages.
<http://www.observatoiredesreligions.ca>

Bio de l'auteur

Loudia Désaulniers a fait des études en éducation spécialisée, en pastorale familiale et détient une Maîtrise en théologie pratique option spiritualité, santé, bioéthique avec stage et essai, dont le présent texte est issu. Ayant œuvré plusieurs années pour le projet catéchétique auprès des jeunes et des adultes pour le diocèse St-Jean Longueuil, elle travaille depuis deux ans à l'Institut de cardiologie de Montréal comme intervenante en soins spirituels.

Résumé

Le but de cet essai est de cerner ce qui caractérise l'accompagnement spirituel dans les milieux de santé québécois, au plan conceptuel et pratique. Plus précisément, nous voulons nous pencher sur la spécificité de l'accompagnement spirituel. Depuis une trentaine d'années, la profession d'accompagnateur spirituel succède progressivement aux aumôneries chrétiennes et pastorales traditionnelles. Or, jusqu'à maintenant, on a peu clarifié les critères et les balises devant servir à établir le statut et les objectifs de cette nouvelle profession. Plus précisément, au terme de cette recherche, il nous semble qu'il y a des écarts importants entre les diverses instances régissant la profession. D'un point de vue méthodologique, les résultats escomptés seront obtenus par l'analyse de l'usage et de la signification du concept de spiritualité dans plusieurs sources et dans quelques textes choisis. Dans la première partie, l'analyse consistera à faire ressortir quelques aspects se rattachant à la spiritualité dans les documents internes à la profession au Canada. La deuxième partie du travail fera état des débats sur la spiritualité et la religion et cette nouvelle profession. Un premier groupe de texte réunit des documents internes à l'Association des Intervenantes et des Intervenants en Soins Spirituels ainsi que l'Association Canadienne pour la Pratique et l'Éducation Pastorales. Un second groupe de texte concerne quelques analyses récentes de la profession en milieu de santé. Nous retenons le groupe de recherche du Centre hospitalier universitaire vaudois sous la direction d'Étienne Rochat et de Cosette Odier. Un troisième groupe sera constitué de quelques références fondamentales sur les rapports entre la spiritualité et la santé. Au terme de cette recherche, il nous semble plutôt que la pratique a peu intégré les discours formalisés sur la profession. Et surtout, des conflits d'interprétation ont cours, alors que les diverses instances n'ont pas de conception uniforme, et non plus les intervenants et milieux.

Texte tiré du site internet Observatoire des religions

<http://www.observatoiredesreligions.ca>

L'observatoire des religions a été mis sur pied par la Chaire Religion, culture et société et la Chaire de recherche du Canada Islam, pluralisme et globalisation de la Faculté de théologie et de sciences des religions (Université de Montréal) pour mettre à la disposition du public des rapports de recherche, travaux étudiants et autres textes d'intérêt pour les personnes cherchant des informations sur les religions. Le contenu des textes n'engage que l'auteur.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction générale.....	4
Partie 1 Émergence d'une nouvelle profession.....	7
1.1 Repères historiques.....	7
1.2 Répondre aux besoins spirituels et religieux.....	11
1.2.1 Documents de référence et Lois.....	11
1.2.2 Définitions du spirituel et du religieux.....	12
1.2.3 Caractéristiques des soins spirituels.....	13
1.2.4 Service et bienfaits des soins spirituels.....	15
1.3 Définition de la profession.....	17
1.3.1 Les normes de formation.....	19
1.3.2 Le code d'éthique.....	20
1.3.3 Les normes de pratique.....	21
1.3.4 Précisions du livre blanc.....	22
1.4 Réalité des milieux.....	22
1.4.1 L'organisation des services de pastorale.....	23
1.4.2 Profil des intervenants en soins spirituels.....	25
Partie 2 Traits caractéristiques du soin spirituel.....	29
2.1 Analyse des concepts de spiritualité et religion.....	29
2.1.1 Précisions terminologiques.....	33
2.2 Soins spirituels.....	34
2.2.1 Contexte socio-culturel et religieux du Québec.....	34
2.2.2 Une approche évaluative.....	36
2.2.3 Relation d'aide spirituelle.....	39
2.2.4 Une perspective non-confessionnelle.....	42
2.2.5 La question thérapeutique.....	43
2.3 Spiritualité et milieu de la santé.....	45
2.3.1 Inscription dans une culture médicale.....	45
2.3.2 Une dimension spirituelle du soin.....	46
2.3.3 La pratique infirmière.....	47
2.3.4 Les intervenants psychosociaux.....	48
2.3.5 Les éthiciens.....	52
2.4 Analyse du mandat des professionnels en soins spirituels.....	55
Conclusion générale.....	60
Bibliographie.....	65

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACPEP	Association Canadienne pour la Pratique et l'Éducation Pastorales
AISSQ	Association des Intervenantes et Intervenants en Soins spirituels du Québec
AQPS	Association Québécoise de la Pastorale de la Santé
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Introduction générale

Le but de cet essai est de cerner ce qui caractérise l'accompagnement spirituel dans les milieux de santé québécois, au plan conceptuel et pratique. Plus précisément, nous voulons nous pencher sur la spécificité de l'accompagnement spirituel. Depuis une trentaine d'années, la profession d'accompagnateur spirituel succède progressivement aux aumôneries chrétiennes et pastorales traditionnelles. Or, jusqu'à maintenant, on a peu clarifié les critères et les balises devant servir à établir le statut et les objectifs de cette nouvelle profession. Plus précisément, au terme de cette recherche, il nous semble qu'il y a des écarts importants entre les diverses instances régissant la profession.

Que l'on parle plus spécifiquement de soins spirituels dans le milieu de la santé est un phénomène assez nouveau. Les dernières décennies ont été marquées par les nombreuses avancées technologiques dans le monde médical, ce qui a eu pour effet d'accentuer la perspective corporelle au détriment de la perspective psychique. De plus, la rationalité technicienne et la lourdeur du système de santé ont largement contribué à la déshumanisation des soins.

La maladie et l'hospitalisation sont souvent des événements déclencheurs qui viennent ébranler le confort et l'indifférence religieuse quotidiens, et amènent la personne malade à toucher le lieu intérieur. De cette expérience, peuvent surgir divers besoins spirituels relatifs à la quête de sens, la transcendance, la nécessité d'être relié, d'être reconnu, de puiser à ses ressources religieuses.

Prendre du temps pour offrir un accompagnement concernant cette dimension a-t-il encore un sens aux yeux d'une approche de la santé centrée sur l'efficacité et la rapidité du traitement en milieu hospitalier? Les soins spirituels n'offrent-ils pas une contribution essentielle pour l'humanisation des soins de santé?

Certes, dès le siècle dernier, la pratique infirmière ainsi que des pasteurs de confessions chrétiennes avaient ressenti le besoin d'identifier plus clairement cette spécificité de la spiritualité dans les milieux de la santé. La préoccupation du soin de la personne dans sa totalité, l'apparition de besoins spirituels sans référence au religieux et l'accroissement de la diversité religieuse sont des facteurs qui ont contribué à réactualiser cette réflexion.

Étant donné l'émergence récente d'une profession d'accompagnateur qui se démarque de la traditionnelle pastorale de la santé, on cherche à intégrer ces réflexions sur la spiritualité au mandat des accompagnateurs. De surcroît, de nouvelles théories relatives à la dimension spirituelle sont venues questionner les pratiques du milieu médical. Accentuant ces problèmes de définition d'une nouvelle profession, survient une confusion entre le champ d'action des accompagnateurs spirituels et celui d'autres professions aussi concernées par des types d'accompagnement, notamment les psychologues et les travailleurs sociaux. Il faut donc réfléchir sur la spécificité spirituelle de l'accompagnement.

Cet essai se penchera sur l'usage et la signification du concept de spiritualité dans plusieurs sources. Pour aider à définir la spécificité spirituelle de la profession, nous ferons une analyse conceptuelle des textes choisis. Comment font-ils usage du concept de spiritualité, en lien avec quelle dimension de l'accompagnement?

Dans la première partie, l'analyse consistera à faire ressortir quelques aspects se rattachant à la spiritualité dans les documents internes à la profession au Canada. Nous retrouverons notamment les éléments suivants : des définitions de la spiritualité, des descriptions du mandat des accompagnateurs et comme référence d'appui, les résultats d'une enquête menée dans les milieux de santé québécois.

La deuxième partie du travail fera état des débats sur la spiritualité et la religion et cette nouvelle profession. Nous examinerons les traits caractéristiques se rattachant au soin spirituel et pour élargir les perspectives sur la spécificité de l'accompagnement spirituel, nous examinerons les courants de pensée relatifs à la dimension spirituelle dans

l'intervention sociale. Nous devons spécifier que le projet initial entendait faire un retour sur notre propre pratique en milieu hospitalier. Or, depuis, nous avons changé d'emploi, c'est la raison pour laquelle nous avons centré cet essai sur les débats conceptuels.

Un premier groupe de texte réunit des documents internes à l'Association des Intervenantes et des Intervenants en Soins Spirituels ainsi que l'Association Canadienne pour la Pratique et l'Éducation Pastorales. Un second groupe de texte concerne quelques analyses récentes de la profession en milieu de santé. Nous retenons le groupe de recherche du Centre hospitalier universitaire vaudois sous la direction d'Étienne Rochat et de Cosette Odier. Un troisième groupe sera constitué de quelques références fondamentales sur les rapports entre la spiritualité et la santé.

Principale conclusion de la recherche

Au départ, nous faisons l'hypothèse que les discours formalisés sur la profession demeuraient trop flous. Au terme de cette recherche, il nous semble plutôt que la pratique a peu intégré ces discours. Et surtout, des conflits d'interprétation ont cours, alors que les diverses instances n'ont pas de conception uniforme, et non plus les intervenants et milieux.

Partie 1. Émergence d'une nouvelle profession

Parler spécifiquement de soins spirituels au Québec est un fait assez récent. Jusque dans les années 90, l'expression « pastorale de la santé » semblait répondre à la réalité dominante chrétienne de l'époque. Mais, depuis une quinzaine d'années, la diversité culturelle, religieuse et spirituelle du contexte social fait émerger de nouvelles nécessités. L'accompagnement des patients exige des approches nouvelles pouvant offrir un spectre plus large de services et où la distinction entre les besoins spirituels et religieux soit affirmée clairement. Le terme « soins spirituels » est donc le choix actuel de l'association québécoise, car il est plus approprié pour décrire l'activité professionnelle des intervenants d'aujourd'hui. Pour nous aider à mieux saisir la spécificité de la nouvelle profession des intervenants en soins spirituels dans le milieu québécois, nous explorerons dans cette partie, la littérature interne des associations en soins spirituels ainsi que les écrits du Ministère de la santé et des services sociaux. Notre analyse portera sur les divers éléments se rapportant à l'usage et à la signification du concept de spiritualité dans les soins spirituels ainsi que sur les balises qui définissent la profession.

1.1 Repères historiques

Pour faciliter une meilleure compréhension du contexte actuel du champ de pratique des intervenants en soins spirituels du Québec, nous donnerons quelques repères historiques caractérisant l'évolution de cette profession. Pour ce faire, nous nous référerons principalement aux documents de l'Association québécoise de la pastorale de la santé¹ et

¹ Association québécoise de la pastorale de la santé, *Historique*, 3 p., www.geocities.com/aqps/historiqueaqps.html, (site consulté le 1^{er} mars 2008).

du Ministère de la santé et des services sociaux². Nous compléterons avec quelques textes provenant d'autres associations québécoises et canadiennes.

La création de l'Association d'aumôniers d'hôpitaux au Canada en 1958 et de l'Association des aumôniers d'hôpitaux catholiques du Québec en 1962 marque le début de la reconnaissance d'un statut professionnel et d'une pastorale spécialisée en milieu de santé. À l'époque, l'aumônier d'hôpital ne possède ni statuts juridique, ecclésiastique et civil et de plus, il doit combattre le climat de méfiance et d'incompréhension régnant avec les existant autorités religieuses et civiles. Un processus de sensibilisation est donc entrepris afin de faire connaître la valeur unique du rôle de l'aumônier en milieu hospitalier et conséquemment, la nécessité de sa formation et de son statut ecclésial.³

En 1975, année cruciale, et ce, pour deux raisons, l'association québécoise établit un système de certification de ses membres et s'ouvre à l'*Association Canadienne pour la Pratique et l'Éducation Pastorales*, l'ACPEP⁴. Puis, est signé un protocole d'entente ⁵entre le Gouvernement, l'Assemblée des Hôpitaux du Québec, l'A.H.Q., les Églises et le Congrès juif, qui reconnaît le statut professionnel des aumôniers en tant que membres du personnel clinique.⁶

Dès 1979, il devient évident que les services de pastorale ne sont plus réservés uniquement aux prêtres, mais que des femmes, religieuses ou laïques, et des hommes,

² Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Cadre de référence pour l'organisation de la pastorale en établissements de santé et de services sociaux*, 2001, 11 p., www.aiissq.net (document consulté le 24 février 2008).

³ Association québécoise de la pastorale de la santé, *op. cit.*, p. 1

⁴ L'ACPEP, est une organisation multiconfessionnelle nationale, se consacrant à la formation, à l'accréditation et au soutien professionnel des personnes engagées dans le service et le counseling pastoraux Ce mouvement s'est déployé rapidement aux États-Unis chez les protestants d'abord, ensuite chez les catholiques. Aujourd'hui plus d'une douzaine de pays ont adopté cette approche. Du côté francophone, pendant plus de quinze ans, seule la région de Québec offrait un centre d'Éducation Pastorale Clinique reconnu par l'Association Canadienne pour la Pratique et l'Éducation Pastorales, (Association canadienne d'éducation pastorale, *Qui sommes-nous*, www.cappe.org, (site consulté le 16 mars 2008).

⁵ MSSS, *Protocole d'entente entre le ministère de la santé et des services sociaux et les autorités religieuses*, 2001, www.aiissq.net (document consulté le 22 mars 2008).

⁶ Association québécoise de la pastorale de la santé, *op. cit.*, p. 2

diacres permanents ou laïques, s'y impliquent de plus en plus. Pour faire face à cette nouvelle réalité, l'association change de nom et devient *l'Association des agents de pastorale de la santé du Québec*.⁷ En 1988, pour bien marquer l'importance grandissante des femmes au sein de l'association, on adopte le nouveau nom, *Association des animateurs et animatrices de pastorale de la santé du Québec*.⁸

Lors du congrès de 1990, un comité ad hoc dépose un rapport sur la complémentarité prêtres-laïques. Il en ressort que les services de pastorale ne peuvent se limiter à la sacramentalité, mais qu'ils incluent aussi l'accompagnement spirituel, l'animation, l'humanisation et l'enseignement.⁹ En 1995, le ministère publie un document¹⁰ qui veut donner suite aux questions sur les conditions de travail des animatrices et animateurs de pastorale. En 1997, un comité est mandaté pour préciser la mission et les normes essentielles entourant la dispensation des services de pastorale. En résulte, le rapport de travail *Pastorale en établissements de santé et de services sociaux*.¹¹

Vers la fin des années 90, l'association prend le nom *d'Association Québécoise de la Pastorale de la Santé*. Ce nouveau changement de nom veut, d'une part, simplifier l'appellation en ne mentionnant plus le masculin et le féminin de façon explicite, et d'autre part, souhaite mieux dégager ce qui est au cœur de la profession.¹²

À l'hiver 2001, le ministère accorde une subvention de recherche au Service régional de pastorale de la santé, région de Québec pour mener une enquête¹³ qui établit le profil de la pastorale dans les établissements de santé et de services sociaux. Le 1^{er} avril 2002, entre en

⁷ *Ibid.*, p. 2

⁸ *Ibid.*, p. 2

⁹ *Ibid.*, p. 2

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Pastorale en établissements de santé et de services sociaux. Rapport du Comité de travail*, Québec, 1997.

¹¹ MSSS, *Cadre de référence...*p. 4

¹² Association québécoise de la pastorale de la santé, *op. cit.*, p. 2

¹³ Service régional de pastorale de la santé, région Québec, *Portrait 2001, Enquête sur les services de pastorale dans les établissements de santé et de services sociaux*, 2002, 64 p., www.aiissq.net (document consulté le 20 mars 2008).

vigueur, dans la composante budgétaire, le centre d'activités dédié à la pastorale en établissement de santé (6390).¹⁴ En décembre 2003, le gouvernement du Québec adopte la loi 30 qui stipule que tous les employés de ce secteur doivent se syndiquer. Ainsi donc, les animateurs et les animatrices de pastorale, qui ont un lien d'emploi avec le secteur public, doivent se syndiquer.¹⁵

En 2005, suite à un travail de concertation soutenu entre les membres des deux associations soit l'AQPS et l'ACPEP-Québec, est votée à l'unanimité, la création d'une nouvelle association : *l'Association des Intervenantes et des Intervenants en Soins Spirituels du Québec*, L'AISSQ.¹⁶

En mars 2007, le MSSS informe ses partenaires qu'il ne renouvelle pas le protocole d'entente. Le sous-ministre précise que le protocole n'a plus sa raison d'être, du fait que la convention collective régularise en bonne partie des points du protocole : titre d'emploi, libellé, taux et échelles de salaire.¹⁷

¹⁴ Sur recommandation du Comité de travail sur l'organisation des services de pastorale, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a ajouté le 1er avril 2002, au Manuel de gestion financière (MGF), le centre d'activités 6390 : Service de pastorale. L'unité de mesure est une donnée quantitative complémentaire aux données financières du centre d'activités. Elle est compilée dans le but de fournir une indication sur le nombre de personnes ayant eu recours à ces services. L'application de l'unité de mesure a été reportée au 1er avril 2003 afin de permettre la conception d'un outil de collecte.

¹⁵ Lavery, DeBilly, « Le droit de savoir », *Bulletin révisé*. Février 2004, www.aiissq.net (document consulté le 23 mars 2008).

¹⁶ Actuellement, elle est la seule association provinciale en soins spirituels au Québec. Elle est soumise à des normes de pratique professionnelle, des normes de formation et un code d'éthique qu'elle partage avec les associations professionnelles en soins spirituels du Canada et des États-Unis. L'AISSQ a pour mission de former et agréer, représenter et soutenir les intervenantes et intervenants ainsi que les chercheurs en soins spirituels dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Cette mission se vit en partenariat avec les leaders religieux, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les universités (AISSQ, *Les soins spirituels dans les établissements publics de santé et de services sociaux*, Mémoire présenté à la commission de consultation sur les pratiques d'accommodements reliées aux différences culturelles, 7 novembre 2007, 11 p. www.aiissq.net (ouvrage consulté le 25 février 2008).

¹⁷ Marc Pepper, « Mot du président », *Revue de l'AISSQ*, hiver 2008, www.aiissq.net, (document consulté de 27 mars 2008).

1.2 Répondre aux besoins spirituels et religieux

1.2.1 Documents de référence et Lois.

Pour définir et organiser le service des soins spirituels, le ministère et l'association s'appuient sur l'article 100 de la Loi de 1991 ainsi que sur l'article 7 du Règlement de 1984, tels que définis dans le Cadre de référence.¹⁸

Article 100 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R. O.,c.S-4.2)

Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu.

Article 7 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (S-5, r.3.01) :

Le conseil d'administration d'un centre hospitalier ou d'un centre d'hébergement public ou privé visé par l'article 177 de la Loi doit adopter un règlement portant sur l'organisation du service de pastorale dans l'Établissement. À cette fin, le conseil administration doit conclure une entente avec les autorités religieuses concernées, selon l'appartenance religieuse des bénéficiaires hébergés.

Dans ce document, le ministère décrit la mission d'un service de pastorale en milieu de santé de la façon suivante : « Offrir un soutien et un accompagnement à la vie spirituelle et religieuse des personnes hospitalisées ou hébergées, ainsi qu'à leurs proches. »¹⁹ Sont aussi définis les paramètres organisationnels du service portant sur quatre points soit, l'administration générale, les fonctions et tâches de l'animateur/animatrice de pastorale, les conditions d'exercice d'embauche et les conditions de travail applicables.

¹⁸ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Cadre de référence...*, p. 5

¹⁹ *Ibid.*, p. 6

Dans ce même texte, est affirmé que le service de pastoral est fondamental, puisqu'il touche à des dimensions non visées par l'activité professionnelle des autres membres du personnel; et aussi qu'il doit s'adapter aux caractéristiques socioculturelles de la clientèle. De plus, est mentionnée la nécessité d'une collaboration entre les différentes confessions religieuses, afin de pouvoir subvenir plus adéquatement aux besoins des personnes. Dialogue et respect sont de rigueur, tant au niveau œcuménique qu'interreligieux.

1.2.2 Définitions du spirituel et du religieux

Le Ministère de la santé et des services sociaux définit le service des soins spirituels en termes de réponses aux besoins spirituels et religieux des patients.

« Les besoins spirituels – du latin- *spiritus- esprit-* peuvent être définis comme ceux se rapportant au besoin de la personne de trouver un sens à sa vie, à ses souffrances et à sa mort. Les besoins spirituels font référence à une soif d'accomplissement sur le plan de l'âme : bonheur, paix, tranquillité, satisfaction intérieure. »

« Les besoins religieux – du latin-*religere* sont définis comme faisant référence aux rites et aux symboles que nous utilisons pour exprimer notre foi et nos liens avec Dieu. Ils correspondent au besoin de la personne de rencontrer un Dieu ou un être suprême à travers les médiations précises. Ils font donc référence à l'appartenance, à l'intégration, à la cohérence, à l'actualisation, au contact avec le sacré, tout cela bien souvent exprimé par des rituels. »²⁰

Pour sa part, L'AISSQ en tant que partenaire de l'ACPEP, se réfère principalement au livre blanc, document conçu par les cinq plus importantes organisations de pastorale en Amérique du Nord. Sont présentés la vision de ces associations sur leur ministère et les soins de santé, ainsi que leur contribution dans les différents lieux de soins.²¹

Le livre blanc donne une définition du mot esprit. Se fondant sur les réflexions du Dr Gerald May, le texte affirme que « le mot séculaire esprit est une dimension naturelle de

²⁰ *Ibid.*, p. 6

²¹ Association of Professional Chaplains, Association for Clinical Pastoral Education et al. *Service de pastorale professionnelle, rôle et importance dans les soins de santé*, 2000, 21 p., www.aiissq.net, (document consulté le 25 février 2008).

chaque personne, qu'il suppose énergie et amour ».22 Le mot spiritualité y est décrit comme « une conscience des relations avec toute la création, la reconnaissance d'une présence et une finalité qui a un sens.23

Il est aussi spécifié que la spiritualité inclut la notion de religion et que les soins spirituels englobent la pastorale. À l'instar des définitions du ministère présentées plus haut, la spiritualité est décrite comme faisant référence au besoin de la personne de trouver un sens à sa vie, à ses souffrances et à sa mort; et la religion, comme étant davantage rattachée aux rites et aux symboles utilisés pour exprimer sa foi et les liens avec Dieu. Il est aussi affirmé que tous les êtres humains partagent des questions et des besoins existentiels et rapportent des expériences profondes évoquant la transcendance qu'ils vivent et la spiritualité avec ou sans appartenance à des structures religieuses traditionnelles. 24 Le terme spiritualité se veut comme « un pont contemporain qui recrée la relation entre la médecine et la religion, deux réalités qui ont été inséparables pendant des siècles. »25

1.2.3 Caractéristiques des soins spirituels

Depuis une dizaine d'années, l'accompagnement spirituel des malades connaît une expansion et une complexification importante. Plusieurs facteurs ont contribué à cette croissance, notamment l'influence des soins palliatifs qui reconnaissent la dimension spirituelle comme étant une partie essentielle des soins. Par ailleurs, les organisations de soins de santé admettent de plus en plus que les malades souhaitent une approche holistique de la santé.26

²² *Ibid.*, p. 2

²³ *Ibid.*, p. 2

²⁴ *Ibid.*, p. 2

²⁵ *Ibid.*, p. 2

²⁶ Ce courant est particulièrement fort aux États-Unis, pionniers en matière de recherche sur les rapports entre spiritualité et santé. Par exemple, Herbert Benson, un cardiologue de Harvard, organise des événements à l'intention des professionnels de la santé, où la spiritualité et la foi dans le domaine de la médecine sont explorées. Ses recherches scientifiques (1999) ont démontré de façon convaincante « que nos corps sont

Pour leur part, les associations d'intervention spirituelle ont beaucoup réfléchi sur l'impact de ces transformations en regard de leur service de soins. Elles ont développé une description assez exhaustive des particularités du soin spirituel contemporain que nous nous proposons d'examiner. Dans un premier temps, nous relèverons les caractéristiques définissant l'approche spirituelle, puis nous évoquerons les services offerts et les bienfaits rattachés par l'intervention spirituelle. Pour ce faire, nous puiserons dans le livre de référence des associations nord-américaines et nous compléterons notre analyse avec quelques écrits récents, publiés par l'association québécoise, notamment le mémoire présenté à la commission de consultation sur les pratiques d'accommodements reliées aux différences culturelles,²⁷ le document soumis à l'assemblée des évêques,²⁸ ainsi que quelques articles publiés dans la revue de l'association.

Le livre de référence des associations signale, en premier lieu, que les soins spirituels et religieux relèvent d'un droit fondamental du malade auquel les établissements de santé doivent répondre avec respect. Ils se veulent une réponse aux besoins spirituels et religieux des personnes vivant des crises de perte de sens, d'estime de soi, de détresse spirituelle ou religieuse, provoquées par l'isolement lors de maladie grave ou encore à l'approche de la mort.

L'approche spirituelle met l'accent sur la transcendance, privilégiant l'écoute et la compréhension des personnes souffrantes. Un accompagnement fait de compassion, exercé dans le respect de la liberté du patient et établi sur un lien de confiance mutuel.²⁹ Ouverte à la pluralité des croyances, l'intervention spirituelle se veut respectueuse des préférences

programmés pour croire, qu'ils sont nourris et guéris par la prière et par d'autres manifestations de foi ». AISSQ, *Service de pastorale...*, p. 3

²⁷ AISSQ, "Les soins spirituels dans les établissements publics de santé et de services sociaux", 7 novembre 2007.

²⁸ Marc Pepper et autres. *Approche de l'AISSQ sur les soins spirituels en milieu de santé*, mars 2008, www.aiissq.net (document consulté le 12 mars 2008).

²⁹ Association of Professional Chaplains, *op. cit.*, p. 8

spirituelles et religieuses du malade. Les soins dispensés font l'objet d'un code d'éthique professionnel fondé sur le respect du malade et de la diversité des croyances.³⁰

Dans le mémoire³¹, déposé en novembre 2007 et dans le document soumis à l'assemblée des évêques³² l'association québécoise affirme que l'accompagnement spirituel se veut une approche non confessionnelle ouverte à des pratiques confessionnelles. Il s'agit de prodiguer des soins adaptés à la pluralité des appartenances et des horizons de sens sans qu'il y ait pour autant négation du religieux.³³ Des soins réalisés dans un esprit d'ouverture et de respect du caractère unique de chaque personne avec ses croyances religieuses ou spirituelles vécues de façon unique et individuelle dans l'expérience de la souffrance. »³⁴

Dans un article de la revue de l'AISSQ, Claude Mailloux, intervenant en soins spirituels, rappelait que les soins spirituels sont reconnus comme étant le fruit d'une rencontre qui libère sans qu'il soit nécessaire de prononcer les paroles religieuses. Les mots profanes sont parfois moins piégés que les mots religieux.³⁵

Un article de Marc Pepper³⁶ publié dans la même revue rappelle que le contexte du milieu de la santé exige une approche professionnelle où la pertinence, l'efficacité et la cohérence sont les valeurs privilégiées. Souvent les soins spirituels peuvent sembler difficilement quantifiables, évaluables et communicables aux yeux des autres soignants.

1.2.4 Services et bienfaits des soins spirituels

Les soins spirituels sont dispensés dans de nombreux domaines des soins de santé, tels les soins de courte durée, de longue durée, en résidence, en réadaptation, en santé mentale,

³⁰ *Ibid.*, p. 8

³¹ AISSQ, *Les soins spirituels dans les établissements publics de santé et de services sociaux...* 11 p.

³² Marc Pepper et autres. *Loc. cit.*, p. 8

³³ Association of Professional Chaplains, *op. cit.*, p. 9

³⁴ *Ibid.*, p. 10

³⁵ Claude Mailloux, « Profession : intervenant en soins spirituels », *Revue de l'AISSQ*, Montréal, Mai, 2007, p. 28

³⁶ Marc Pepper, « Pasteur ou professionnel? », *Revue de l'AISSQ*, novembre 2006, 2 p. www.aiissq.net (document consulté le 21 avril 2008).

en soins ambulatoires, en traitement de la toxicomanie, en déficience mentale et trouble du développement et en soins palliatifs.³⁷

Le livre de référence présente les soins spirituels comme un espace offert aux patients pour parler de leur préoccupation³⁸, une assistance aux personnes pour les aider à retrouver leurs forces spirituelles, leurs forces de guérison ou de résilience et aussi une possibilité de favoriser l'amélioration des liens avec la communauté de soutien.³⁹ Il évoque que les soins peuvent offrir des temps de ressourcement, de prière, où des rituels peuvent être vécus à des moments significatifs. Ces soins jouent un rôle préventif dans les risques d'exploitation sur le plan spirituel, ils protègent les malades et défendent leur droit face au prosélytisme.

Aussi est-il noté que l'accompagnement spirituel aide les malades et leur famille à réfléchir aux soins qu'ils désirent recevoir en fin de vie. Cela permet de connaître les valeurs privilégiées par les malades et leurs proches facilitant ainsi la résolution de problèmes d'ordre éthique.⁴⁰ Les soins spirituels participent aussi à la santé de toute l'organisation, enrichissent la culture organisationnelle. Entre autres, l'accompagnement spirituel aide les employés à surmonter le stress et à mieux saisir le sens et la valeur de leur travail.⁴¹ Plusieurs recherches reconnaissent de nombreux bienfaits aux soins spirituels ayant des répercussions sur le bien-être physique et émotionnel des patients, de leur famille, du personnel de l'établissement et de la collectivité. Elles ont démontré que ces

³⁷ Association of Professional Chaplains, *op. cit.*, p. 5

³⁸ *Ibid.*, p. 15

³⁹ *Ibid.*, p. 4

⁴⁰ *Ibid.*, p. 16

⁴¹ *Ibid.*, p. 4

soins offrent des ressources importantes pour affronter les expériences de souffrances⁴² et favorisent le processus d'adaptation face aux difficultés rencontrées.⁴³

Dans le mémoire, l'AISSQ précise que les soins spirituels offrent un lieu d'intériorité où le sacré peut se vivre. L'espace sacré pouvant être tout lieu dans l'établissement où le patient et sa famille peuvent vivre l'expression de leur spiritualité dans le respect et le civisme⁴⁴. Un accompagnement spirituel qui propose des rites dans le but d'aider le patient et sa famille à mieux vivre la situation de souffrance et permettre de nourrir leur cœur, leur esprit, leur âme et de contribuer ainsi à leur cheminement. Le rite le plus important demeure selon l'association, celui de la relation compatissante et aidante établie avec les personnes que nous avons accompagnées.⁴⁵ Dans ce même document, l'association conclut en affirmant que le défi actuel des soins spirituels est de créer le lien avec la réalité profonde de la vie du patient, avec sa dimension affective et son intériorité et de lui offrir le soutien dont il a besoin, à lui et à sa famille. C'est par la compassion, associée à une compétence toujours à améliorer que « les intervenants mettent en lumière le sacré qui émerge de toute rencontre avec l'autre, et ce, même dans un lieu public et laïque. »⁴⁶

1.3 Définition de la profession

Au Québec, jusqu'au printemps 2007, le protocole d'entente qui liait le MSSS et les Églises déterminait les conditions d'embauche des intervenants en soins spirituels. Les exigences étaient de posséder un diplôme de premier cycle en théologie ou son équivalent,

⁴² Mc Culloough, Hoyt, Larson, Koenig et Thoresen, 2000, cité dans Association of Professional Chaplains et al., *Service de pastorale professionnelle, rôle et importance dans les soins de santé*, p. 11.

⁴³ VandeCreek, Pargament, Belavich, Cowell et Friedel, 1999, Pargament, Cole, VandeCreek, Brant et Perez, 1999, cité dans Association of Professional Chaplains et al. *Service de pastorale professionnelle, rôle et importance dans les soins de santé*, p. 12.

⁴⁴ AISSQ, *Les sons spirituels dans les établissements publics de santé et de services sociaux...*, p. 7

⁴⁵ *Ibid.*, p. 9

⁴⁶ *Ibid.*, p. 10

avoir réussi un stage clinique et détenir un mandat pastoral ou démontrer un lien avec une communauté religieuse officielle.⁴⁷

Depuis la dissolution de ce protocole, c'est la convention collective qui régularise les conditions de travail des intervenants en soins spirituels. Mais elle n'est pas fidèle au protocole et ne reflète pas les revendications que l'AISSQ a déposées auprès du MSSS, ces dernières années.⁴⁸ Elle ne fait pas mention du stage de formation clinique et retient la nécessité du mandat pastoral comme exigence d'emploi.⁴⁹ De plus, la convention collective ne reconnaît pas les avancées faites par certains établissements de santé qui ont choisi de changer le nom du service de pastorale et le titre d'emploi.⁵⁰

Dans le document du gouvernement, le ministère reconnaît le personnel en pastoral comme des professionnels œuvrant au sein de l'établissement, comme des membres de l'équipe multidisciplinaire qui voit à la planification, à l'animation et à l'évaluation des activités de pastoral.⁵¹ La définition des tâches de l'intervenant en soins spirituels rapportée dans ce texte se retrouve de façon plus élaborée et précise dans les documents des associations en soins spirituels.

Les membres de l'AISSQ sont régis par des normes de formation,⁵² un code d'éthique⁵³ et des normes de pratique professionnelle,⁵⁴ reconnus par les associations professionnelles

⁴⁷ MSSS, *Protocole d'entente...*, p. 4-5

⁴⁸ Marc Pepper, «Fin du protocole d'entente : un recul qui nous pousse vers l'avant», *Revue de l'AISSQ*, hiver 2008, p. 1

⁴⁹ *Ibid.*, p. 1

⁵⁰ L'obligation du mandat pastoral maintient l'intervenant spirituel dans un lien de dépendance envers les autorités religieuses, lien que plusieurs ne considèrent plus souhaitable parce qu'il restreint à une vision et une approche qui ne tient pas suffisamment compte de la diversité religieuse. De plus, le fait de ne pas transformer le titre du service et de l'emploi contribue à entretenir un flou sur l'identité et le rôle de l'intervenant spirituel au sein de l'équipe de soin.

⁵¹ MSSS, *Cadre de référence...* p. 8

⁵² Association of Professionnels Chaplains et al., *Normes communes, Pastorale professionnelle*, novembre 2004, 5 p., www.aiissq.net (document consulté sur le site le 24 février 2008).

⁵³ AQPS, *Code d'éthique de la nouvelle association*, avril 2005, 6 p., www.aiissq.net (document consulté sur le site le 22 février 2008).

en soins spirituels au Canada, aux États-Unis et en Suisse.⁵⁵ Ces documents veulent apporter une définition unifiée de ce que veut dire être professionnel dans le domaine de la pastorale clinique, comme conseiller en pastorale ou comme enseignant.

1.3.1 Les normes de formation.

Que ce soit aux États-Unis ou au Canada, les exigences en matière de certification des intervenants en soins spirituels professionnels sont les suivantes : posséder un diplôme de premier cycle en théologie ou son équivalent et un diplôme de deuxième cycle en théologie, être reconnu par leur organisation ecclésiastique ou pouvoir démontrer un lien avec une communauté religieuse officielle, posséder une formation en éducation pastorale équivalente à une année d'études supérieures, une attestation d'un minimum de quatre unités de formation en pastorale clinique accréditées par l'une des associations reconnues, respecter les exigences annuelles en matière de formation continue, adhérer à un code d'éthique professionnelle pour les animateurs en pastorale, posséder des compétences professionnelles reconnues par les pairs, être membres en règle avec son association.⁵⁶

Le candidat doit aussi démontrer des aptitudes à plusieurs niveaux. Notamment, sur le plan du savoir pastoral, en regard de la relation d'aide spirituelle, aussi sur le plan de la théologie des soins spirituels intégrée avec une théorie de la pratique pastorale, des connaissances pratiques en psychologie, en sociologie, des diverses pratiques religieuses, en éthique et une compréhension des dynamiques de groupe. De plus il doit faire preuve d'un savoir-être en démontrant une lucidité sur lui-même, une capacité à respecter le code d'éthique et une maturité affective et spirituelle.⁵⁷

⁵⁴ ACPEP, *Normes de pratique*, février 2004, 4 p., www.aiissq.net (document consulté sur le site le 22 février 2008).

⁵⁵ Il s'agit de : The Canadian association for Pastoral Practice and Education, The Association for Clinical Pastoral Education, The Associations of Professional Chaplains, The National Association of Catholic Chaplains, The National Association of Jewish Chaplains, Le Centre de formation du CHUV – Lausanne (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois Lausanne), en Suisse.

⁵⁶ Association of Professionnels Chaplains et al., *Normes communes...*, p. 1-2

⁵⁷ *Ibid.*, p. 2-3

1.3.2 Le code d'éthique

Le code d'éthique repose sur deux valeurs fondatrices soit la dignité de la personne humaine et la compassion. L'ensemble des options éthiques s'articule autour de cette référence à la personne humaine comme raison d'être de l'intervention professionnelle des membres.⁵⁸

Les membres reconnaissent que la vie spirituelle et la foi religieuse sont un point d'appui important dans le processus de guérison, sous-entendant que l'accompagnement spirituel est fait de manière éclairée. Le pluralisme et le respect de la différence sont pour eux des valeurs importantes. La compétence est le devoir professionnel le plus fondamental.⁵⁹ Ils se soumettent au souhait de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (L.R.Q.,c.s.-4.2) voulant que les services soient « continus, accessibles et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels. »⁶⁰ Les membres s'efforcent de maintenir une vie saine et équilibrée et recherchent l'aide appropriée pour résoudre leurs problèmes et conflits personnels pouvant interférer sur leur intervention professionnelle. Ils s'engagent à développer leur vie spirituelle.⁶¹

Dans l'exercice de leur profession, les intervenants maintiennent des pratiques qui contribuent à la protection du public et à l'avancement de leur profession. Ils doivent maintenir avec les personnes bénéficiant de leur service des relations de type professionnel. ⁶²Ils s'engagent à garantir la confidentialité par la protection des informations reçues dans le cadre de leur travail.⁶³

Toute publicité par ou pour un membre, incluant les annonces, des déclarations publiques et des activités de promotion, sera entreprise dans le but d'éclairer le jugement

⁵⁸ AQPS, *Code d'éthique de la nouvelle association...*, p. 2

⁵⁹ *Ibid.*, p. 2

⁶⁰ *Ibid.*, p. 2

⁶¹ *Ibid.*, p. 1

⁶² *Ibid.*, p. 3

⁶³ *Ibid.*, p. 5

du public et de l'aider à faire un choix informé. Les membres effectuant des recherches, observent les directives stipulées par l'institution à l'intérieur de laquelle la recherche est menée ou tout autre protocole utile à la validation de la démarche. Ils veillent à ce que les usagers de leur service ne soient pas affectés par celle-ci.⁶⁴

1.3.3 Les normes de pratique

Les normes de pratique énoncent que l'intervenant en soins spirituels « doit posséder les connaissances, les compétences, le jugement et l'expérience qui permettent de mettre en œuvre avec efficacité des programmes de soins spirituels et de poursuivre une formation continue. »⁶⁵ Le texte précise que l'intervenant a la responsabilité des soins dispensés, de la croissance spirituelle de ses clients, de ses collègues et de la sienne. Il doit assurer sa croissance professionnelle en participant au processus de révision par les pairs.⁶⁶

L'intervenant doit respecter le code d'éthique, les règles de conduite professionnelles, les normes de formation de l'ACPEP. Il doit tenir compte de la Charte canadienne des droits et libertés et de la législation gouvernementale.⁶⁷ Il doit faire preuve d'excellence dans tous les aspects du processus d'intervention, que ce soit dans ses relations avec le client, les autres professionnels ou encore dans les différentes étapes de l'intervention. Il doit aussi documenter les soins spirituels apportés en fournissant la source de sa recommandation et les raisons de l'intervention. Il agit aussi à titre de médiateur et de conciliateur pour entre autres des considérations d'ordre éthique.⁶⁸

⁶⁴ *Ibid.*, p. 5-6

⁶⁵ ACPEP, *Normes pratiques...*, p. 1

⁶⁶ *Ibid.*, p. 2

⁶⁷ *Ibid.*, p. 2

⁶⁸ *Ibid.*, p. 3-4

1.3.4 Précisions du livre blanc.

Le livre blanc ajoute que les intervenants en soins spirituels font partie des équipes de soins et doivent participer à des activités d'ordre médical, à la formation interdisciplinaire et doivent consigner leurs interventions dans les dossiers médicaux. ⁶⁹ L'obligation de faire des notes au dossier exige la capacité d'organiser sa réflexion et l'intervention afin d'être en mesure de pouvoir les communiquer adéquatement aux autres soignants.

Ils doivent être habilités à diriger des cérémonies religieuses et les rituels du culte et à piloter des programmes d'éthique. Ils doivent être en mesure de donner, aux membres des équipes de soins, de la formation concernant les relations entre les questions d'ordre religieux et spirituel et les services de santé. ⁷⁰

Il est aussi mentionné dans ce même document, que les intervenants en soins spirituels sont des personnes ressources pour évaluer et coordonner des thérapies complémentaires. Plusieurs malades s'intéressent de plus en plus à différentes approches de la guérison qui ne sont pas reconnues en médecine traditionnelle. Nombre de ses ressources proviennent de traditions religieuses diverses, les intervenants peuvent les utiliser ou recommander une rencontre avec un thérapeute compétent.⁷¹ Les intervenants et leurs associations professionnelles favorisent et aident les activités de recherche visant à évaluer l'efficacité de la prestation des soins spirituels. ⁷²

1.4 Réalité des milieux

Afin de mieux cerner la réalité québécoise, nous nous inspirerons de l'enquête sur les services de pastorale dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec,

⁶⁹ Association of Professional Chaplains, et al., *Service de pastorale...*, p. 9

⁷⁰ *Ibid.*, p. 9

⁷¹ *Ibid.*, p. 10

⁷² *Ibid.*, p. 10

produite en 2002 par le Service régional de pastorale de la santé, région de Québec, sous la recommandation du ministère de la Santé et des Services sociaux.⁷³

Cette enquête visait à présenter un portrait de la pastorale de santé dans les établissements du Québec. Elle voulait répondre à quelques questions, notamment, au fait que la politique nationale encadrant les divers aspects de la pastorale de la santé est méconnue des directions des établissements et des intervenants en soins spirituels eux-mêmes. De plus, il y aurait des écarts marqués, dans certains milieux, entre la réalité et les paramètres organisationnels et professionnels élaborés par le ministère dans le document « Cadre de référence ». Autre fait préoccupant, la diminution importante des budgets et des postes de pastorale depuis les vingt dernières années.⁷⁴

La méthodologie retenue pour cette enquête consistait à envoyer deux types de questionnaires à la direction de chaque établissement de santé et des services sociaux, publics et privés et conventionnés soit un total de 405 envois. Le taux de réponse étant très satisfaisant, cela a permis de tracer un portrait assez juste de la situation.⁷⁵ Voyons les résultats plus en détail.

1.4.1 L'organisation des services de pastorale

Le premier questionnaire s'adresse à la direction de l'établissement et porte sur l'organisation des services de pastorale. Les 34 établissements qui trouveraient judicieux d'avoir un service de pastorale, affirment que leurs clients présentent des besoins spirituels et religieux et confirment que ce sont des restrictions budgétaires qui empêchent l'ouverture d'un poste. Plus d'un tiers des 51 établissements qui n'offraient pas traditionnellement le service de pastorale, et qui trouvent inapproprié le fait d'avoir un tel service, affirment que ces besoins doivent être comblés par la communauté ou la

⁷³ Service régional de pastorale de la santé, région Québec, *Portrait 2001, Enquête sur les services de pastorale dans les établissements de santé et de services sociaux*, 2002, 64 p., www.aiissq.net (document consulté le 20 mars 2008).

⁷⁴ *Ibid.*, p. 4

⁷⁵ *Ibid.*, p. 4

paroisse⁷⁶. Dans les établissements qui offrent des services de pastorale, on constate une décroissance tant au niveau de la masse salariale qu'au niveau du nombre de postes, durant les 6 dernières années, soit de 1995 à 2001, ce qui confirme le questionnement pressenti.⁷⁷

L'enquête démontre l'existence de nombreuses visions sur la place et le rôle de la pastorale dans l'organigramme de direction des établissements. Cela peut être attribuable à la culture du milieu et devient une des sources des écarts entre la réalité et les paramètres organisationnels de certains milieux. D'où l'importance de sensibiliser tous les milieux aux divers changements d'orientations du service des soins spirituels.⁷⁸

Les 2/3 des gestionnaires répondants, reconnaissent la dispensation de services spécifiques spirituels aux membres du personnel au sein de l'établissement. Ce résultat peut apparaître étonnant, puisque les services au personnel ne figurent pas dans la description de tâche officielle. Mais cela démontre aussi l'existence des besoins spirituels du personnel et que cet aspect du rôle de l'intervenant doit être ajouté dans sa définition de tâche.

L'enquête a aussi révélé que les bénévoles sont des acteurs importants dans les services de pastorale du réseau de la santé et des services sociaux. Il s'agit majoritairement des femmes dans la soixantaine et plus. Leurs interventions sont diversifiées comme la distribution de la communion, la préparation et l'animation liturgique, ainsi que le déplacement des usagers. 60% des bénévoles suivent des activités de formation ou de ressourcement.⁷⁹

La majorité des établissements possèdent un lieu de culte, mais son emplacement n'est pas facilement accessible. 5% des directions déclarent que les lieux sont utilisés par plusieurs confessions religieuses, ce qui semble refléter la réalité de la diversité religieuse

⁷⁶ *Ibid.*, p. 12

⁷⁷ *Ibid.*, p. 14

⁷⁸ *Ibid.*, p. 15

⁷⁹ *Ibid.*, p. 21

au Québec. 17% de lieux de culte ont une utilisation multifonctionnelle ce qui risque d'amener une banalisation de celui-ci, ainsi que la dimension spirituelle des personnes elles-mêmes.⁸⁰

1.4.2 Profil des intervenants en soins spirituels

Le deuxième questionnaire porte sur le profil de l'intervenant en soins spirituels et il a trouvé un taux de réponse de 70%, ce qui est très satisfaisant pour présenter un portrait réaliste. Ici, sont examinés les différents paramètres organisationnels tels que, les fonctions et tâches de l'animateur, les conditions d'exercice d'embauche et les conditions de travail applicables, présentés dans le Cadre de référence.⁸¹

L'enquête fait ressortir que la moyenne d'âge chez les intervenants et les intervenantes en soins spirituels est assez élevée, plusieurs ont au-dessus de 60 ans et 72% des intervenants sont de sexe masculin.⁸² Le statut religieux révèle que le pourcentage de prêtres est largement supérieur à celui des laïcs. Cela s'explique d'une part par la tradition majoritaire catholique et d'autre part par la nécessité de répondre aux besoins sacramentels des personnes hospitalisées et en hébergement.⁸³

L'appartenance confessionnelle des intervenants est 96% catholique. 6% des employés en pastorale ne détiennent pas de mandat pastoral et la majorité appartient à la catégorie des syndiqués non syndiqués.⁸⁴ 72% sont membres d'une association même si cela n'est pas une exigence d'admissibilité et de maintien au travail. L'AQPS, qui était l'association de l'époque, ressortait comme association choisie par la majorité. 20% sont membres de deux associations ou plus.⁸⁵

⁸⁰ *Ibid.*, p. 22-57

⁸¹ *Ibid.*, p. 26

⁸² *Ibid.*, p. 27

⁸³ *Ibid.*, p. 29

⁸⁴ *Ibid.*, p. 32

⁸⁵ *Ibid.*, p. 33

Le titre « aumônier » est utilisé dans 7% des cas, et ce, malgré le fait que depuis 1975, ce titre d'emploi a été modifié officiellement par celui d'animateur de pastorale. On peut croire que cette appellation se retrouve surtout dans les CHSLD.⁸⁶ 72% des personnes travaillent à temps partiel et 79% détiennent un poste permanent.⁸⁷ On constate que l'ensemble des répondants a une formation universitaire puisque 82% ont obtenu au moins un baccalauréat comme dernier diplôme. Étant donné l'importance de l'aspect clinique en pastorale de la santé, le nombre de personnes ayant suivi une formation pratique pertinente est peu élevé, soit 56%.⁸⁸ 57% des intervenants n'ont pas accès au dossier médical des usagers parce qu'il existe une politique de l'établissement en ce sens.⁸⁹

Les quatre premières tâches du travail sont effectuées par la majorité des intervenants : effectuer des visites d'accueil aux usagers et identifier leurs besoins, offrir un accompagnement spirituel à l'utilisateur, à la famille et aux proches, assurer la disponibilité des ressources pour répondre aux besoins religieux des usagers, incluant la préparation et la réception des sacrements et donner un support moral à l'utilisateur, à la famille et aux proches. Les résultats confirment que l'essentiel du travail quotidien de l'intervenant est d'apporter un support ponctuel, d'offrir un accompagnement spirituel et de répondre aux besoins religieux, principalement par les sacrements.⁹⁰

Concernant les autres conditions de travail, 45% ont accès à un bureau de travail, 87% ont accès à un lieu permettant la confidentialité, 72% ont accès au service de secrétariat et 60% n'ont pas accès à un centre de documentation en pastorale. Il y a donc place à l'amélioration. 63% des intervenants spirituels assument la garde et la moitié de ceux-ci sont rémunérés pour ces heures soit en argent ou en reprise de temps.⁹¹

⁸⁶ *Ibid.*, p. 35

⁸⁷ *Ibid.*, p. 37

⁸⁸ *Ibid.*, p. 42

⁸⁹ *Ibid.*, p. 43

⁹⁰ *Ibid.*, p. 46

⁹¹ *Ibid.*, pp. 46-49

Les conclusions de l'enquête démontrent l'importance de faire évoluer les mentalités pour que les perceptions changent et que ce service cesse d'être marginalisé et vu comme extérieur au plan de soin. Il résulte aussi que la sélection, les exigences d'embauche et d'exercice, ainsi que les conditions de travail représentent des enjeux importants : « En fait, l'enjeu central est de faire réellement du travail de l'intervenant, un ministère professionnel. »⁹² Pour cela, le choix du personnel doit passer par un comité de sélection constitué par l'établissement qui embauche. Les exigences de base pour l'emploi doivent être respectées, de plus, « il faut favoriser l'émergence d'une culture de la formation continue analogue à celle qu'on retrouve dans les professions de la santé ou de l'intervention psychosociale. »⁹³ Étant donné l'âge élevé des intervenants, il faudrait privilégier l'embauche de personnel plus jeune.

Quant aux conditions de travail, elles devraient être normalisées, surtout en ce qui a trait au statut du personnel syndicable non syndiqué. D'ailleurs, 84% des intervenants en soins spirituels sont des employés de leur établissement. Toutes les autres formes d'entente devraient être éventuellement éliminées. Personne n'est d'accord avec la notion de contrat de service parce qu'elle pourrait conduire à la marginalisation de la pastorale ainsi que la réduire au volet sacramentel.⁹⁴

Les hypothèses concernant l'aspect budgétaire se révèlent confirmées. La presque totalité des coupures de postes sont reliées aux restrictions budgétaires. L'enquête confirme une décroissance tant au niveau de la masse salariale qu'au niveau du nombre de postes. Cependant, les résultats laissent entrevoir un intérêt pour un service de pastorale et

⁹² *Ibid.*, p. 63

⁹³ *Ibid.*, p. 63

⁹⁴ *Ibid.*, p. 63

une reconnaissance de sa pertinence. D'où l'urgence de s'appliquer à protéger les budgets en pastorale.⁹⁵

Conclusion de la première partie

Nous rapportant aux documents internes relatifs à la fonction des intervenants en soins spirituels, nous avons dégagé les principales utilisations et significations reliées aux concepts de la spiritualité dans les soins spirituels ainsi que les normes encadrant cette profession. L'analyse veut mettre en perspective une certaine confusion des discours, les divergences d'interprétation et de conception ainsi que le manque d'intégration de ceux-ci dans la pratique.

Cette première partie de l'essai confirme l'hypothèse de départ. Les Associations canadiennes et québécoises font un effort constant pour définir la profession dans son processus de transformation. Malgré les tentatives d'adaptation des écrits gouvernementaux québécois, il demeure, entre ces deux instances, des écarts de compréhension et surtout une difficulté dans la mise en pratique des réflexions apportées. L'enquête fait foi de cette problématique et questionne la volonté des directions d'établissements de santé à considérer le service de soins spirituels comme pertinent et essentiel aux soins. Poursuivons notre analyse en nous référant à divers ouvrages fondamentaux sur la question de la spiritualité et de la santé.

⁹⁵ *Ibid.*, p. 63

Partie 2 Traits caractéristiques du soin spirituel

Dans cette partie de l'essai, nous tenterons de cerner la spécificité de l'intervention spirituelle en considérant les éléments relevés dans les textes fondateurs de l'Association des intervenantes et des intervenants spirituels du Québec et du gouvernement se rapportant aux concepts de spiritualité, au service des soins spirituels ainsi qu'au mandat de ces spécialistes.

La relecture de l'évolution de la profession nous amène à un premier constat : le service des intervenants en soins spirituels du Québec a toujours été au cœur de transformations majeures, et ce, jusqu'à ce jour. Tout au long de sa courte histoire, ce service s'est vu largement influencé par les nombreux développements scientifiques survenus dans le monde médical ainsi que par les transformations socioculturelles et religieuses. La laïcisation des institutions, l'implication majoritaire des femmes et des laïcs dans le service, la distinction entre accompagnement spirituel et approche sacramentelle, l'avènement de la pluralité religieuse, autant d'événements qui ont conduit à une nécessaire adaptation et à une redéfinition de la pratique comme en témoignent d'ailleurs les quatre changements de nom de l'association regroupant ces professionnels, depuis les années 1960.

2.1 Analyse des concepts de spiritualité, religion et transcendance

Les documents de l'association et du gouvernement distinguent le spirituel du religieux. Dans le texte du ministère⁹⁶, rédigé en collaboration avec l'Assemblée des évêques, l'énoncé de mission, exprime cette distinction en termes de besoins spirituels et de besoins religieux, traduisant l'évolution des soins médicaux des dernières années, marquée par un contexte culturel laïc. Ce texte rattache aux besoins spirituels, une quête de sens

⁹⁶ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Cadre de référence...*p. 6

personnelle en lien avec la souffrance et la mort ainsi qu'un désir d'accomplissement de l'âme, désir éprouvé comme une satisfaction intérieure personnelle. La dimension relationnelle avec une transcendance n'est pas évoquée comme étant un besoin spirituel et, le sacré semble renvoyer uniquement à une médiation religieuse : « les besoins religieux correspondent au besoin de la personne de rencontrer un Dieu ou un être suprême à travers les médiations précises. »⁹⁷

L'article 100 de la loi 120 auquel les deux instances se réfèrent fait davantage état des besoins spirituels du patient en y sous-entendant la dimension religieuse. Celle-ci devient alors une dimension de vie du patient que l'on doit prendre en compte dans le plan du traitement. Comme le souligne François Lefebvre « On passe alors d'un religieux qui allait de soi et qui était peut-être devenu pour les gestionnaires un droit acquis à respecter, à un aspect de la culture du patient à intégrer dans les soins, une dimension de l'être humain à prendre au sérieux. »⁹⁸

Pour l'association, la notion de spirituel englobe le religieux, et les soins spirituels incluent la pastorale. Malgré cela, le livre de référence de l'association s'intitule toujours « Service de pastorale professionnelle » ce qui n'est pas sans maintenir une certaine confusion. L'association introduit l'aspect de rencontre avec le transcendant dans la dimension spirituelle, et elle précise que l'expérience de la transcendance peut se vivre sans appartenance à une tradition religieuse. Cette interprétation favorise donc un élargissement de la compréhension du sacré. Elle définit aussi le spirituel comme la source d'une aide pour affronter la maladie, une manière d'unir le corps, l'intelligence et l'esprit, une capacité de guérison. Dans le livre de référence sont aussi décrits les concepts « esprit » et « spiritualité » d'une manière très générale et succincte, sans justification de leur choix, et avec très peu de références quant à leurs conceptions.

⁹⁷ *Ibid.*, p. 6

⁹⁸ François Lefebvre. «La prise en compte des dimensions religieuse spirituelle dans l'intervention psychosociale», *Théologiques* 9/2 (2001), p. 73

Ces deux manières de se situer par rapport au transcendant démontrent bien le passage d'une spiritualité qui se définissait exclusivement par la religion chrétienne dominante à une quête spirituelle individualisée, vécue avec ou sans référence au religieux. Dans cette nouvelle perspective, les trois instances, le gouvernement, les autorités religieuses et l'association doivent réfléchir ensemble sur une définition commune à inscrire dans les documents officiels.

Dans les courants de pensée actuelle, la spiritualité est largement valorisée au profit de la religion souvent fortement discréditée. Suite à une analyse des termes spiritualité et religion repérés dans des articles de la littérature infirmière américaine entre 1963 et 1989, Robert Jacques⁹⁹ fait le constat d'une interprétation large de la spiritualité nous la présentant sous un caractère illimité et équivoque, englobant l'expérience religieuse. La religion pour sa part, est davantage associée à un système organisé de croyances. La présentation chronologique montre le fossé progressif se creusant entre religion et spiritualité ainsi que la perte de leur caractère relationnel. L'importance accordée à la spiritualité aujourd'hui s'accompagne d'une critique de la religion trop souvent justifiée. La méfiance à l'égard du religieux exige de celui-ci une nécessaire autocritique. « L'autocritique est le fruit du dialogue, du passage à travers la parole de l'autre, ce que les institutions religieuses tolèrent très mal. »¹⁰⁰ Aussi, bien que la critique du passé soit nécessaire et enrichissante, il est essentiel d'en faire aussi ressortir les côtés positifs pour vraiment rendre justice à la réalité. Juger le passé avec les critères d'aujourd'hui mène souvent à des erreurs de perspectives liées à l'anachronisme. Nos contemporains semblent avoir de la difficulté à assumer les valeurs et les sagesse de leurs ancêtres, le rapport à la tradition, à la mémoire et à l'identité fait problème.¹⁰¹ Mais les recherches spirituelles de ceux-ci doivent aussi être éprouvées par l'autocritique afin de mieux discerner les lieux

⁹⁹ Robert Jacques. «Le « spirituel » et le « religieux»», *Théologiques* 7/1 (1999) p. 89-106

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 104

¹⁰¹ Raymond Lemieux. «Misère de la religion, grandeur du spirituel». Texte établi à partir d'une conférence au congrès Événement 2000...Le bilan de santé du spirituel et du religieux, Montréal, le 28 septembre 2000.

d'égarements possibles. « En cautionnant les standards de réussite et d'excellence, elles enferment à leur tour les hommes et les femmes dans des destins mortifères. »¹⁰²

La spiritualité rappelle avec justesse qu'il en va de la dignité de l'humain de ne pas l'enfermer dans le biologique, le mécanique, le système, les normes et les pratiques. Mais le religieux lui rétorque avec tout autant de justesse que la rencontre de l'humain, de son visage exige avec vigilance les médiations du langage, du droit, du symbole, des normes, etc. pour que chaque humain soit accueilli jusque dans les blessures de sa chair. La spiritualité porte en elle le refus de l'enfermement; la religion porte les mots pour dire et vivre ce refus. L'une et l'autre peuvent encore se conjuguer pour qu'adviennent le sens et le but de l'existence.¹⁰³

L'analyse souligne que le mot « transcender » est fréquemment utilisé pour définir la spiritualité, associé aux verbes *surpasser* et *opposer à l'égard et à l'encontre* des réalités de l'existence, celles-ci étant vécues comme des limites. Ce discours crée un dualisme entre spirituel et matériel qui n'est pas sans rappeler celui de l'âme et du corps présent chez Descartes. Il interroge la compréhension de la transcendance qui fait référence à une « quête de l'extase, de la sortie de soi dans des expériences sommets où le sujet se retrouve seul en fuite vers le Seul, » comportant le risque d'une occultation de l'altérité concrète de l'autre.¹⁰⁴ Il questionne aussi les termes de « surassement » « jusqu'au bout », « ultime », présents chez les théologiens chrétiens, qui semblent être en résonance avec les concepts mortifères de la performance, de l'excellence, de la qualité totale. Jacques poursuit en nous présentant la pensée de Levinas qui a « cherché en dehors de la conscience et du pouvoir, une notion fondant la transcendance. Et la relation recherchée sembla inscrite dans la relation érotique. »¹⁰⁵ Dans l'intense rencontre de l'autre, une transcendance s'atteste, il ne s'agit pas d'une quelconque fuite hors du monde matériel, ni d'un dépassement des limites pour aller jusqu'au bout de soi, mais d'un renversement de ce qui interdit la liberté à autrui.

¹⁰² Robert Jacques, *loc. cit.*, p. 104

¹⁰³ *Ibid.*, p. 106

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 101

¹⁰⁵ E. Lévinas. *Totalité et infini*, pp. 308-309, cité dans Robert Jacques, *Le spirituel et le religieux à l'épreuve de la transcendance*, p. 104

Ces premières réflexions sur le spirituel et le religieux nous aident à mieux saisir l'importance de développer un langage précis, clair et mutuel. L'Association gagnera à élaborer plus substantiellement et nettement les fondements théologiques et philosophiques de ces concepts, puisqu'ils constituent son assise spécifique. D'autre part, elle devra faire preuve de discernement en regard des recherches et des études sur ces réalités difficiles à cerner, afin de mieux percevoir les différents pièges et lieux d'enfermement qu'elles peuvent recéler.

2.1.1 Précisions terminologiques

Le terme « pastorale » mérite aussi notre attention. Comme nous l'avons noté un peu plus haut, l'association des intervenantes et intervenants en soins spirituels du Québec bien qu'elle dise inclure la pastorale dans le spirituel, se réfère toujours au livre blanc qui s'intitule « Service de Pastorale ». Il en est de même pour les écrits gouvernementaux qui désignent ce service comme celui de pastorale. Bien que ce terme trouve une résonance dans le contexte religieux juif ou chrétien, il ne reflète pas la réalité culturelle, religieuse et spirituelle des milieux pluralistes.¹⁰⁶

De plus, ce vocable, met davantage en relief des compétences philosophiques et théologiques qui déterminent, spécifient l'approche utilisée dans un accompagnement spirituel. Les normes de référence établies par les associations ont exclusivement des appuis judéo-chrétiens. Qu'advient-il des intervenants spirituels qui appartiennent à un courant religieux différent comme l'hindouisme ou le bouddhisme? Comment les associations les intègrent-elles à leurs schèmes de référence actuelle?

Nous notons aussi que dans les documents de référence analysés, la dénomination professionnelle des intervenants est très variable, oscillant entre animateur/trice, agent/e de pastorale et intervenant/e en soins spirituels. Cette confusion dans la terminologie

¹⁰⁶ Gilbert Gariépy, «Religion, pastorale et soins spirituels en milieu de santé», cité dans *La religion dans la sphère publique*. (Canada, Les Presses de l'université de Montréal, 2005), chapitre 7, p. 152-170

semble témoigner de la recherche d'adaptation actuelle du service des soins spirituels et du manque de consensus de la part des principaux acteurs, ce qui contribue à maintenir un flou sur l'identité de l'intervenant et sur sa pratique.

2.2 Soins spirituels

Un travail d'accompagnement spirituel est aujourd'hui aux prises avec plusieurs types de diversité : diversité d'approches du spirituel, diversité culturelle et religieuse, diversité des professionnels intervenant auprès des mêmes patients, diversité des représentations des patients et des collaborateurs autour de la question du spirituel. Dans cette section du travail, nous examinerons ce qui nous apparaît davantage définir la spécificité des soins spirituels, déterminée d'une part par le contexte socioculturel religieux québécois et d'autre part par la culture médicale actuelle. Nous nous pencherons davantage sur les caractéristiques qui en définissent la raison d'être, l'approche, les services offerts et les bienfaits reconnus, développés par l'AISSQ et les associations partenaires. Pour soutenir notre démarche réflexive, nous nous inspirerons des travaux de plusieurs intervenants contemporains.

2.2.1 Contexte socioculturel et religieux du Québec

Malgré l'impopularité de la religion chrétienne en Occident, nos contemporains manifestent assez ouvertement qu'ils ont une vie spirituelle vivante, authentique, dépourvue de balises traditionnelles et où la volonté d'être soi-même devient une quête quelque peu excessive. Les sociétés modernes toutes préoccupées qu'elles sont par les questions du savoir-faire, de la concurrence et de la réussite, laissent dans l'ombre les questions de sens. En fait, ce n'est pas que le monde contemporain n'offre pas de sens, mais

plutôt qu'il est saturé du sens qu'il impose, les exigences naturelles du marché, de la technologie, de la biologie.¹⁰⁷

L'émergence des soins spirituels en milieu de santé est une des conséquences de la crise du religieux et des institutions religieuses en Occident, provoquant l'affaiblissement, voir la perte de repères religieux et/ou spirituels dans les établissements laïques et dans l'apparition, comme un corollaire, d'un pluralisme culturel et d'un élargissement du religieux dans les sociétés occidentales. La naissance de l'idéologie post-moderne qui valorise la multiplicité et la différence ont aussi contribué au développement des multiples voies de spiritualité.¹⁰⁸

Le Québec est, sans contredit, devenu une société pluraliste. Depuis les années 60, il est parmi les dix plus importants receveurs d'immigrants au sein de l'OCDE¹⁰⁹. La majorité de ces immigrants ont pris racine à Montréal (88%), représentent 19% de la population de la région de Montréal et 11.5% de la population québécoise. Avant les années 70, existait une diversité religieuse traditionnelle, composée surtout des traditions religieuses autochtones, du catholicisme, des églises protestantes traditionnelles, du judaïsme et du christianisme orthodoxe. Mais depuis les années 70 apparaissent les Églises protestantes évangéliques, l'hindouisme, le bouddhisme, l'Islam, d'autres religions orientales, des nouveaux mouvements religieux ainsi qu'une pluralité de cheminements spirituels.¹¹⁰

La diversité religieuse au Québec s'exprime néanmoins par une forte appartenance à la religion catholique romaine, (83.2%) suivi des « sans religion » (5.6%) et des chrétiens protestants (4.7%). Le Québec manifeste une pluri confessionnalité par ses onze religions comptant tout au plus chacune 30,000 adhérents. Le christianisme demeure encore dominant, mais il y a une croissance rapide des religions non-chrétiennes ainsi que des

¹⁰⁷ Raymond Lemieux, *Misère de la religion, grandeur du spirituel...* p. 13

¹⁰⁸ Pierre Charland, «Quelle spiritualité pour aujourd'hui?», *Appoint*, septembre 2007, p. 31-36

¹⁰⁹ Organisation de coopération et de développement économiques. Cette organisation internationale vient en aide aux gouvernements pour les aider à répondre aux défis économiques et sociaux.

¹¹⁰ Michel Nyabenda. *Impact des croyances et des cheminements spirituels sur les soins de santé dans une société pluraliste*. Université de Montréal, février 2009.

« sans religion ». Cette diversité culturelle et religieuse renvoie les soins de santé à l'exigence de la prise en compte d'une diversité complexe.¹¹¹ Les mouvements comme celui du Nouvel Âge ont fusionné quelques éléments des grandes traditions religieuses, ainsi pour plusieurs de nos contemporains il n'existe pas de voie spirituelle qui s'impose comme étant normative par rapport aux autres. De plus, les femmes et les hommes d'aujourd'hui attachent une grande importance à leur autonomie. Chacun est donc invité à faire lui-même les liens entre sa tradition religieuse, son expérience spirituelle et ses prises de position éthiques.¹¹²

La diversité pose donc un défi à l'accompagnement spirituel, exigeant forcément une diversité d'approches.

2.2.2 Une approche évaluative

La raison d'être du service des soins spirituels est de répondre aux besoins spirituels et religieux des patients. Pour être en mesure de répondre à un besoin, il faut d'abord que celui-ci soit clairement reconnu et identifié. Au Québec, dans plusieurs centres hospitaliers, l'évaluation des besoins spirituels et religieux est établie uniquement par l'intervenant en soins spirituels lors des visites d'accueil. Faute de ressources et de temps, plusieurs patients ne bénéficient pas d'une évaluation adéquate. De plus, un patient au cours de son hospitalisation peut développer un état de détresse spirituelle que très souvent, seuls les professionnels familiers peuvent déceler. La question suivante se pose : les équipes de soins québécoises sont-elles habilitées à reconnaître et à identifier les besoins spirituels des patients? Certains instituts de formation en sciences de la santé proposent des outils d'évaluation, tel le questionnaire HOPE,¹¹³ dans le but d'intégrer les questions d'évaluation spirituelle dans le cadre d'entrevue médicale. Ces outils permettent d'évaluer les risques en

¹¹¹ Statistique Canada, *La place de la religion dans l'espace public*, www.statcan.ca (document consulté le 27 février 2009).

¹¹² Pierre Charland, *lob. cit.*, p. 31

¹¹³ Anandarajah, G et E. Hight, « Spirituality and Medical Practice : using HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment », *American Family Physician*, 63, p. 81-8. 89

identifiant les croyances ou les valeurs spirituelles qui pourraient compromettre la guérison ou l'adaptation à la guérison. Aussi, des guides d'auto-évaluation spirituelle, conçus pour les intervenants, leur permettent d'examiner leur propre dynamique spirituelle et ainsi être plus transparents lors de leur intervention.

Le rapport présenté au Groupe Lavel CTR¹¹⁴ par l'équipe de recherche présidée par Étienne Rochat sur la prise en compte de la dimension spirituelle chez les personnes hospitalisées en Centre de traitement et de réadaptation est très éclairant à cet égard. Rochat avance que la souffrance existentielle en tant que phénomène distinctif, perçu dans un contexte de soin doit faire l'objet d'analyses et d'études. La récente prise de conscience de la dimension spirituelle du patient par les soignants a eu peu d'impact, faute de conceptualisation suffisante. En effet, les soignants évoquent peu le fait qu'un malade puisse vivre une crise spirituelle dans des termes qui nécessitent une prise en charge au même titre qu'une autre pathologie, et ce, malgré le fait que l'expression « détresse spirituelle » est clairement nommée dans les manuels de diagnostic médicaux. De plus, lorsque les soignants tentent de faire une évaluation spirituelle, ils utilisent des cadres de références psychosociologique et / ou psychiatrique ou encore des référents religieux. Ils ne réalisent pas que ce type de crise échappe en grande partie à ce type de référentiels.

L'équipe de travail a mis sur pied un cadre de référence embryonnaire d'une clinique spirituelle où quatre concepts-clefs définissent la dimension spirituelle. *Le sens* déterminant la nécessité pour toute personne d'avoir une raison de vivre. *Les valeurs* qui caractérisent le bien et le vrai chez la personne, ensemble de choses et d'êtres qui ont du poids dans la vie d'une personne. *La transcendance*, le rapport à l'ultime, élément(s) qui dépasse(nt) la personne et par rapport au(x) quel(s) la personne nomme sa dépendance existentielle. Finalement *l'identité*, la cohérence singulière de la personne, résultat d'une combinatoire des trois autres éléments qui produit l'unicité du sujet qu'est la personne,

¹¹⁴ Etienne Rochat. *Rapport au Groupe Label CTR sur la prise en compte de la dimension spirituelle chez les personnes hospitalisées en Centre de Traitement et de Réadaptation*. www.aumonerie-hopital.ch, (document consulté le 26 mars 2008).

tant au niveau de ses réflexions, de ses émotions, et de ses relations. L'équilibre de ce système participe au bien-être global de la personne, et son déséquilibre va provoquer la détresse spirituelle. Pour demeurer en congruence avec la culture soignante, l'évaluation spirituelle se fait à l'aide de besoins spécifiques évaluables à chacun des quatre termes clefs. L'évaluation consiste donc dans l'analyse des divers besoins spirituels de la personne pour diagnostiquer lesquels ne sont pas ou plus couverts.

Des nombreux résultats escomptés suite à la prise en charge de la détresse spirituelle, l'auteur en commente deux. Le premier étant d'améliorer la prise en charge globale du patient et le second, mobiliser les ressources dites spirituelles pour mieux intégrer la maladie et/ou la crise. Cela se fera par une analyse fine des images et des symboles de la personne, des pistes pour un accompagnement spirituel qui permettra à la personne de trouver en elle les ressources pour intégrer ce qui lui arrive. Pourtant les résultats de l'analyse d'un projet pilote mené dans un Centre universitaire de traitement et de réadaptation en Suisse ont démontré qu'aucune de ses améliorations sont notées dans le dossier du patient et aucun soignant ne rend compte d'une modification de son attitude dans les soins. Il semblerait que la prise en compte de cette dimension ne confronte pas encore suffisamment ni le plan de soin ni les soignants pour que ces derniers puissent en rendre compte.

La question de l'évaluation spirituelle est étroitement liée à la culture du professionnalisme, qui exige que les interventions soient quantifiables, évaluables et exportables aux autres soignants spirituels et médicaux.¹¹⁵ Cette approche soulève plusieurs interrogations de la part de certains intervenants spirituels. Ceux-ci rappellent l'importance de mesurer le risque que l'accompagnement spirituel devienne trop axé sur la méthode et tombe dans le piège d'une approche davantage centrée sur la méthode que sur

¹¹⁵ Marc Pepper, «Pasteur ou professionnel?», *Revue de l'AISSQ*, mai 2006, p. 13

le patient. Bien qu'il y ait incontestablement une dimension professionnelle à l'accompagnement, il ne faut pas pour autant trop professionnaliser l'accompagnement.¹¹⁶

2.2.3 Relation d'aide spirituelle

Dans le livre blanc, les associations définissent les soins spirituels comme une approche qui met l'accent sur la transcendance de façon explicite, qui favorise le lien avec l'intériorité, avec l'affectivité, qui ouvre un espace pour dire notre subjectivité et qui met en lumière le sacré émergeant de toute rencontre. La relation interpersonnelle est au cœur de l'intervention spirituelle. On pourrait parler de relation d'aide spirituelle puisque l'on fait appel à la capacité de créer des liens de confiance, à la qualité d'écoute et de présence, à une attitude de compassion, une recherche de compréhension, à l'art de poser de bonnes questions, à l'intuition, et à la capacité de discernement. De plus, l'intervention spirituelle aide à retrouver ses forces spirituelles, ses forces de guérison ou de résilience.

L'accompagnement spirituel, une manière d'être qui se différencie des approches que l'on retrouve habituellement dans le milieu de la santé. Cette disposition exige « le passage entre une histoire de cas vers l'histoire personnelle du sujet ». ¹¹⁷ Cet accueil inconditionnel est vécu comme étant un *autre regard*, une *autre parole* et une *autre présence* qui amène l'accompagnateur à communiquer autrement en ne cherchant pas à imposer une direction, mais plutôt à offrir un compagnonnage. Comme l'évoque l'étymologie du mot « accompagner » qui renvoie au sens de « cheminer côte à côte » en prenant le pas fragilisé de l'autre et de « manger ensemble » le pain de la souffrance, l'accompagnateur n'est plus, comme jadis, celui qui guide comme un père, mais plutôt celui qui partage comme un frère.¹¹⁸ C'est l'expérience fondamentale de l'accompagnement, de l'écoute, de la simple

¹¹⁶ Gilles Nadeau, «Parler d'accompagnement spirituel des malades dans le contexte social et religieux d'aujourd'hui», *Revue de l'AISSQ*, mai 2006, p. 13

¹¹⁷ José Pereira, *Accompagner en fin de vie, intégrer la dimension spirituelle dans le soin*, Montréal, Médiaspaul, 2007, p. 63

¹¹⁸ Tanguy Châtel, (2007). «Le sens de l'accompagnement en fin de vie», dans *Le grand lieu de la mort à l'usage des vivants*. Albin Michel, 2007, pp. 109-112

présence attentive ».¹¹⁹ L'accompagnement est davantage affaire de conscience que de compétence, « l'accompagnement en soins palliatifs peut se définir comme une manière d'être dans une certaine manière de faire, une conscience au cœur d'une compétence. »¹²⁰ Un accompagnement vécu davantage comme étant un art plutôt qu'une science, un lieu de découverte plutôt qu'une connaissance.¹²¹

Pour le malade qui est dans un état de grande vulnérabilité, le regard porté sur lui, revêt une très grande importance et est très significatif, il peut lui redonner sa dignité, sa pleine valeur. Un regard empreint de sollicitude et de tendresse, bienveillant et compréhensif est source de réconfort pour les patients. Ce regard neuf, ce regard libre et dépouillé se différencie du regard scrutateur du médecin qui recherche un symptôme, qui souhaite découvrir les dysfonctions : « le regard du professionnel est déterminé par un savoir et orienté vers un diagnostic. »¹²² Le regard de l'accompagnateur doit d'abord être un regard qui se fonde dans la reconnaissance d'une blessure partagée. Un regard trop plein de certitude, comme celui du spécialiste qui détient un savoir et un pouvoir, peut ne pas arriver à atteindre le malade dans sa souffrance et peut-être devenir blessant, voire dérangeant. Regarder autrement, c'est aussi la capacité de voir au-delà de l'apparence; un regard qui sonde le sujet en profondeur, un regard révélateur.

Une autre parole, d'abord celle du patient, écoutée par l'accompagnateur. Une écoute qui se veut disponibilité, accueil inconditionnel à la parole de l'autre. « Écouter, c'est être là pour l'autre et avec l'autre afin de lui donner la possibilité de nommer ce qui existe en lui et de penser le monde. »¹²³ Écouter la parole de l'autre c'est communier à sa souffrance,

¹¹⁹ Bruno Cazin, « Expérience spirituelle de la fin de vie », *Revue francophone Psycho—Oncologie* numéro 4, 2005, p. 305-307

¹²⁰ Bruni Châtel, *loc. cit.*, p.110

¹²¹ Johanne DeMontigny, *Présentation de la pensée de Christiane Singer et son application en soins palliatifs*. Université de Montréal, Montréal, 2009, p. 1-7

¹²² José Pereira, *op. cit.*, p. 68

¹²³ José Pereira, *op. cit.*, p. 74

« l'écouter par le ventre »¹²⁴. L'écoute de l'accompagnateur permet à la personne d'accoucher d'elle-même à travers sa prise de parole.

Le récit de vie est au centre de l'accompagnement. Le récit que le malade fait au médecin est réduit, il est fermé par le diagnostic, parole du professionnel qui relève d'un savoir et d'un pouvoir. À l'inverse, l'accompagnateur est celui qui, par sa prise de parole, veut permettre à la personne malade de se réinvestir dans son récit, une parole qui veut libérer la parole de l'autre. « La parole est le lieu où se joue l'essentiel de la vie humaine, où l'être humain se définit comme un être relationnel. »¹²⁵ Un cheminement d'accompagnement réclame un véritable échange « de la parole » et « dans la parole ». Le défi est d'installer un dialogue équitable dans une atmosphère de respect et d'ouverture mutuels où les deux acteurs sont investis dans un processus d'auto transformation. « Si la parole est ce qui spécifie l'humain, c'est dans l'acte de parler que nous pourrions inventer des chemins de sens. »¹²⁶

Cette autre manière d'être d'écouter et d'échanger la parole amène des nouveaux modes de présence pour l'accompagnateur et la personne accompagnée. Une présence qui aide à faire advenir du sens, qui s'exprime dans une dynamique de compagnonnage, par le langage d'une main tendue.

Par ailleurs, l'accompagnement en centre d'hébergement de soins de longue durée nécessite souvent de trouver un langage autre que la parole comme moyen de communication. À cet égard, l'équipe d'intervenants en soins spirituels du CSSS du Nord de Lanaudière propose une approche sensori-émotionnelle, davantage axée sur la mémoire

¹²⁴ *Ibid.*, p. 79

¹²⁵ *Ibid.*, p. 81

¹²⁶ Jean-Claude Badenhauser, « Ambivalence de la souffrance », *Christus*, tome 38, no.152, octobre 1991, p. 132, cité dans Pereira p. 83

affective, pouvant ainsi aider la personne en perte de capacité cognitive à toucher le lieu spirituel.¹²⁷

Cette particularité relationnelle du soin spirituel met clairement en perspective la problématique de la professionnalisation soulevée antérieurement. Nous croyons aussi que la composante essentielle de l'intervention spirituelle demeure avant tout la qualité d'être de l'intervenant. Celui-ci doit être habité par une attitude empreinte de bienveillance, de compassion, capable de composer avec le mystère, tout en maintenant actifs ses savoirs et ses compétences acquis.

2.2.4 Une perspective non confessionnelle

Les soins spirituels se veulent aussi une approche non confessionnelle, ouverte à la pluralité des appartenances et à la pratique confessionnelle. L'intervenant n'impose pas sa spiritualité ou sa religion, mais se met à l'écoute de l'autre. Il dispense des soins selon la spiritualité du patient et dans le respect de sa confession religieuse, valeurs principales de leur code d'éthique. Il est aussi appelé à créer des rites signifiants pour les personnes.

Les défis à relever pour assurer une telle démarche d'accompagnement dans un contexte intergénérationnel aux appartenances multiples sont nombreux. Pour répondre aux besoins des personnes plus âgées, il est nécessaire d'assurer une continuité avec la tradition et une appartenance ecclésiale et pour rejoindre de façon signifiante les personnes qui ont évolué dans une société pluraliste, sécularisée il faut trouver des approches adaptées à leur réalité. Des soins qui doivent constamment inventer des nouveaux modes d'expression et du même coup justifier leur pertinence qui sera reconnue dans la mesure où ils démontrent leur fécondité.¹²⁸

¹²⁷ Cette approche a été présentée lors du Colloque sur les soins spirituels aux personnes âgées hébergées le 5 novembre 2009.

¹²⁸ José Peirera, *op. cit.*, p. 48

En regard des rites religieux chrétiens, le constat est que bien souvent ils ne rejoignent plus les gens, spécialement le sacrement des malades et la recommandation des mourants dont la signification est largement évacuée. Vidés de leur contenu et de leur sens, ils sont devenus très souvent des concepts très vagues. Malgré cela, les gens dans les moments de grandes souffrances et d'impuissance les réclament, semblant vouloir répondre à un besoin de vivre ces événements à travers une dimension symbolique, que seul le rite peut apporter. Ces rites ne sont plus inscrits dans une trame de vie, mais ils sont vécus de façon ponctuelle, tel un service qui répond à une logique de l'offre et la demande et souvent pour combler artificiellement sans vraiment y parvenir, un déficit de sens. Ce phénomène provoque des questionnements et appelle une réflexion sérieuse, au risque de banaliser les rites chrétiens. La société contemporaine présente un paradoxe bien particulier. Bien que le monde moderne se soit doté d'une multitude de rites relatifs au confort, au bien-être et à la santé, nous nous retrouvons bien dépourvus lorsqu'il s'agit de faire face à la mort, il faut dire que nous ne mourrons qu'une fois.

2.2.5 La question thérapeutique

Plusieurs recherches attestées dans le Livre blanc, ont mis en perspective les bienfaits des soins spirituels sur la santé, notamment, pour les quatre composantes du système de santé, à savoir les malades et leur famille, les prestataires de soins et les professionnels de la santé, l'établissement de santé et la collectivité. La mise en valeur de ces recherches auprès des directions d'établissement et du personnel de la santé contribuerait certainement à mieux saisir la spécificité de l'intervention spirituelle et de sa portée dans le plan de soin. Une mise en garde pourtant s'impose, les soins spirituels ne peuvent se réduire au mesurable sans risquer pour autant de se dénaturer. À cet égard, Raymond Lemieux propose une réflexion très intéressante.

Pour les civilisations non occidentales, le fait que la spiritualité guérisse n'a jamais été remise en question. « Chez les Amérindiens, en Afrique, en Océanie, de même que pour

plusieurs médecines alternatives, soigner implique d'interroger au départ l'univers spirituel des personnes en cause, soignés et soignants.»¹²⁹ En Occident deux interprétations extrêmes définissent le pouvoir de guérison spirituelle. Adaptée aux idéologies dominantes, la première veut l'instrumentaliser en inventant des techniques spirituelles qui pourraient entrer en concurrence avec les technologies matérielles. Elle dénombre les résultats de ses actions et tente de modéliser ses stratégies d'intervention au risque de dénaturer ses fondements. La deuxième déploie ses assises traditionnelles en s'appuyant sur le mystère et la croyance, au risque de la pensée magique afin de séduire la puissance cachée derrière cette action thérapeutique.

Une autre façon de penser le spirituel et son potentiel thérapeutique est de resituer la spiritualité dans sa capacité spécifiquement humaine, de dépassement en tournant son regard vers l'Autre. Quel que soit le visage de cette altérité, son statut d'altérité appelle la transcendance par une réponse libre. Cette motivation à aller plus loin transforme le regard et permet d'accéder à une cohérence non pas acquise, mais à donner la cohérence de sa propre histoire au monde. « Alors indépendamment de la confession, la religion fait venir au langage un cosmos sacré qui devient le référent de chaque histoire individuelle. »¹³⁰ La guérison spirituelle est d'abord « une guérison des signifiants de l'être au monde. »¹³¹ « À la place du chaos et du non-sens qui justifient la violence du monde et signent l'impossibilité d'être, elle appelle un ordre signifiant qui permet au sujet d'advenir dans la singularité de son être ».¹³² Il n'est donc pas surprenant que l'on puisse constater des effets de guérisons attribuables aux soins spirituels. Par contre, ces effets ne peuvent être recherchés comme tels. Vouloir les rechercher spécifiquement, détourne le regard de l'Autre pour s'adonner aux jeux d'intérêts et de séductions. Cela n'est plus spiritualité, mais revient à un calcul stratégique, conséquemment, le potentiel thérapeutique est mis en péril. Il est réduit au

¹²⁹ Raymond Lemieux., *La spiritualité guérit-elle?* www.crss.ulaval.ca (document consulté le 17 août 2009)

¹³⁰ *Ibid.*, p. 1

¹³¹ *Ibid.*, p. 1

¹³² *Ibid.*, p. 1

statut de technologie faible, aléatoire et invérifiable dans ses processus, au milieu de technologies lourdes et susceptibles de justifier leurs procédures.¹³³

2.3 Spiritualité et milieu de santé

2.3.1 Inscription dans une culture médicale

Les récentes prises de conscience sur les limites de la médecine vécue souvent comme trop technique et déshumanisante ont favorisé les réflexions sur la pratique médicale, concernant le besoin d'unifier la vision des soins de la personne dans sa globalité et dans son unicité. En particulier l'approche palliative a complété la vision bio psycho sociale de la personne malade, en tenant compte de la dimension spirituelle.

L'histoire des soins se déploie autour de deux axes majeurs : assurer le maintien et la continuité de la vie, et faire reculer la mort.¹³⁴ Les pratiques résultant du premier axe ont pour but essentiel d'assurer tout ce qui est vitalement nécessaire pour soutenir la vie; le prendre soin s'inscrit dans cet axe. Celles qui se rattachent au second axe ont pour fonction de limiter la progression de la maladie et de s'attaquer à ses causes; la pharmacothérapie et la technologie moderne s'inscrivent dans cet axe. Dans une perspective où l'être humain est objectivé, le prendre soin est dévalorisé.

L'objectivation de l'être humain par les sciences biomédicales consiste à occulter certains aspects de l'être humain pour en mettre d'autres en évidence. Certains comparent même « le prendre soin » à un placebo.¹³⁵ « L'acte de soin est le lieu où la rationalité

¹³³ *Ibid.*, p. 2

¹³⁴ M.F. Collière, *Promouvoir la vie*, Paris, Inter Éditions, 1982, p. 22-27, cité dans Cécile Lambert, *L'approche narrative : un terrain qui favorise la réaffirmation des pratiques du prendre soin*, Montréal, Fides, 2000, p. 51

¹³⁵ J. F. Malherbe, *Pour une éthique de la médecine*, Namur/Montréal, Artel/Fides, coll. « Catalyses », 1997, p. 107, cité dans Cécile Lambert, *L'approche narrative : un terrain qui favorise la réaffirmation des pratiques du prendre soin*, p. 52

biomédicale se trouve confrontée à la réalité de l'existence unique d'un homme qui fait une expérience toujours singulière de la souffrance et en appelle au respect de sa dignité ».¹³⁶

2.3.2 Une dimension spirituelle du soin

Une dimension spirituelle ne pourrait-elle pas être inhérente à l'acte de soin? Dominique Jacquemin affirme que « l'exercice du soin peut relever d'une réelle dimension spirituelle qui sollicite les soignants dans leur propre engagement. »¹³⁷ Cet engagement se traduit, selon lui, par plusieurs attitudes éthiques. D'abord, un désir de venir en présence certes, mais plus profondément par la détermination à se laisser toucher par le cheminement du malade. Ensuite, une attitude qui démontre une confiance en la capacité de la personne malade d'évoluer. De la sorte, la dimension spirituelle du soin est davantage fondée sur une philosophie du soin que dans une spiritualité vécue comme extérieure et qui serait perçue comme un surplus de travail pour le soignant.

La question éthique comme voie spirituelle séculière est pertinente. L'auteur définit la vie spirituelle comme étant « une capacité de devenir soi-même en vérité tout en laissant vivre cette Altérité intérieure qui nous constitue »¹³⁸, effective dans la dimension du soin autant pour la personne malade que pour tout soignant. Cette capacité implique un désir, une volonté de devenir qui sous-entend la dimension de la croissance. Devenir soi-même dans la relation à l'Autre, demande un effort de lucidité sur notre vécu, une volonté de devenir sujet. Pour consentir à ce cheminement il existe une condition incontournable tant pour le malade que pour le soignant : il s'agit de laisser vivre l'altérité qui nous constitue au plus profond de nous-mêmes, altérité qui peut prendre plusieurs visages, mais reposant sur un lieu commun, une occasion de croître comme humain. Certes, vivre ce cheminement reste de l'ordre du défi, mais c'est bien ce dernier qui donnera à la relation de soin toute sa profondeur, au malade de vivre sa maladie non seulement comme une intruse, mais aussi

¹³⁶ Bruno Cadoré, *L'expérience bioéthique de la responsabilité*, cité dans Cécile Lambert, *L'Approche narrative...*p. 53

¹³⁷ Dominique Jacquemin, *Éthique des soins palliatifs*. Paris : Dunod. 2004, p. 86

¹³⁸ *Ibid.*, p. 89

comme une occasion possible de transformation positive et au soignant une invitation à exercer le soin dans toute l'exigence éthique d'une relation porteuse d'humanité.

2.3.3 La pratique infirmière

Pour nous aider à mieux cerner la spécificité de l'intervention spirituelle, il nous semble à propos d'examiner comment certains professionnels de la santé intègrent cette dimension à leur pratique. Tout d'abord, nous considérerons les réflexions de la discipline infirmière en nous appuyant sur un article de Jacinthe Pépin et Chantal Cara¹³⁹ de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Dans l'exercice de leur profession, les infirmières sont constamment confrontées à des questions essentielles en lien avec le sens de la vie, de la souffrance et de la mort. Ce qui les amène à s'ouvrir sur leur propre quête de sens par l'examen de leurs valeurs. Souvent elles trouvent réponse à même leur pratique, au travers des expériences humaines vécues par les personnes soignées et leur famille. Elles trouvent aussi des réponses dans les fondements conceptuels de leur discipline.

La pratique infirmière a longtemps été exercée dans un cadre religieux qui intégrait la notion d'âme. Dès les années 1950, Virginia Henderson reconnaît les besoins spirituels du patient. Les recherches de Madeleine Leininger démontrent l'influence de la religion et des croyances sur l'état de santé des personnes et l'importance de prendre ses facteurs en considération. Jean Watson en 1979 pousse plus loin la reconnaissance de la dimension spirituelle de l'être. Pour elle, « l'âme s'avère être l'essence même de la personne, ce qui lui permet de transcender l'ici-maintenant vers une prise de conscience plus profonde sur le

¹³⁹ Jacinthe Pépin et Chantal Cara, « La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières », *Théologiques* 9/2 (2001), p.33-46

sens de la vie¹⁴⁰ ». Sa théorie du *human caring*¹⁴¹ « contribue à promouvoir la dignité humaine, la guérison et l'expansion de la conscience de la personne soignée¹⁴² ».

Une profusion de littérature sur la spiritualité a vu le jour dans les années 1990. Ces écrits démontrent l'effort impressionnant pour éclairer la notion même de la spiritualité ainsi que le rôle de l'infirmière face à cette dimension essentielle de l'être humain.

Certains auteurs¹⁴³ ont suggéré à l'infirmière l'exploration systématique de la spiritualité de la personne soignée et de sa famille. Par exemple, à partir des résultats de l'analyse conceptuelle de Burkhardt, Dossey et Guzetta ont élaboré un outil visant à appréhender la spiritualité à trois niveaux : signification et but, forces intérieure et enfin interconnections¹⁴⁴. « Les discours sur le sens et la spiritualité, en sciences infirmières du moins, correspondent ainsi au retour aux sources de la signification du soin à la personne entière qui vit des expériences de santé dans son environnement¹⁴⁵ ».

2.3.4 Les intervenants psychosociaux

François Lefebvre fait ressortir l'importance pour l'intervenant psychosocial de se familiariser avec la dimension religieuse et spirituelle. D'une part, elle peut susciter de fortes réactions tant chez le patient que pour lui-même et compromettre ainsi son intervention. D'autre part, cette prise en compte du besoin religieux ou spirituel du patient permettra aux intervenants de poser un diagnostic plus juste et surtout d'élaborer un plan de traitement adéquat. Les institutions peuvent planifier l'intégration de la diversité

¹⁴⁰ Watson, « *Nursing* », *Human Science*. cité dans Jacinthe Pépin et Chantal Cara, « La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières », *Théologiques* 9/2 (2001), p. 39.

¹⁴¹ Watson, « *Nursing* », *Human Science* ; IDEM, *Postmodern Nursing*, cité dans Jacinthe Pépin et Chantal Cara, « La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières », p. 40

¹⁴² *Ibid.*, p. 40

¹⁴³ V.B. Carson, *Spiritual Dimensions* : Dossey et Gunzetta, « Holistic Nursing Practice » ; Lemieux, « Spiritualité et soins infirmiers » ; O'Neill et Kenny, « Spirituality and Chronic Illness » ; G. Serwood, « Developing Spiritual Care. The Search for Self », dans ROACH, dir., *Caring from the Heart*, p. 196-211, cité dans Jacinthe Pépin et Chantal Cara, « La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières », p. 41

¹⁴⁴ M.Burkhardt, « Spirituality : An Analysis of the Concept », *Holistic Nursing Practice*, 3/3 (1989) p. 69-77 ; Dossey et Gunzetta, « Holistic Nursing Practice », cité dans Jacinthe Pépin et Chantal Cara, p. 43

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 45

culturelle et religieuse, mais en fin de compte c'est l'intervenant qui permet ou non l'exploration des dimensions spirituelle et religieuse. « La perception du phénomène religieux comme étant irrationnel et signe de troubles émotionnels indispose encore de nombreux thérapeutes quand le patient fait état de sa spiritualité ou de sa foi au cours du processus thérapeutique »¹⁴⁶. L'influence du thérapeute et le caractère très intime de la croyance religieuse demandent que le thérapeute soit au clair avec ses propres résistances face au religieux pour ne pas les éclipser sous l'apanage de la neutralité et risquer ainsi qu'elles soient perçues par le patient.

Le thérapeute en étant peu familier avec les dimensions spirituelle et religieuse, peut manquer l'opportunité d'explorer le sens et les conflits sous-tendus par la pratique et par les croyances religieuses de son patient. Il est aussi vrai qu'un thérapeute croyant peut négliger les enjeux exprimés par le discours religieux de son patient par crainte que son option ne paraisse dans ses interventions.

Le préjugé négatif envers la question religieuse est fortement lié aux positions de Freud qui ont eu une grande influence dans les milieux de la psychanalyse et de la santé mentale. Selon le psychanalyste américain Otto Kernberg¹⁴⁷, il existait jusqu'à récemment une tendance à prendre une position philosophique athée chez les psychanalystes de renom. Debray invite à distinguer l'espace du savoir, qui a son autonomie propre, de l'espace du sens, « de reconnaître une existence autonome à un système universel de valeurs qui ne soient subordonnées ni à la raison, ni à la science¹⁴⁸».

¹⁴⁶ J. Lannert, « Resistance and Countertransference Issues with Spiritual and religious Patients », *Journal of Humanistic Psychology*, 31 (1991) p. 68-76, cité dans François Lefebvre, « La prise en compte des dimensions religieuse et spirituelle dans l'intervention psychosociale », p. 74

¹⁴⁷ O. F. Kernberg, « Psychoanalytic Perspectives on the Religious Experience », *American Journal of Psychotherapy*, 54 (2000) p. 452-476, cité dans François Lefebvre, p. 75

¹⁴⁸ R. Debray, *Pourquoi Dieu est de retour*, p. 456, cité dans François Lefebvre, « La prise en compte des dimensions religieuse et spirituelle dans l'intervention psychosociale », p. 76

Il existe aux États-Unis depuis 1980 un mouvement qui plaide pour une plus forte intégration du religieux et de la spiritualité dans la psychothérapie alors qu'en France on ne soulève pas cette question dans les milieux de la psychologie.

Pour Hemert, qui favorise une formation aux questions religieuses chez les futurs travailleurs sociaux, « la meilleure façon de se prémunir d'un effet négatif subtil, mais réel des croyances religieuses sur le processus thérapeutique est d'ouvrir cette question d'emblée avec le patient¹⁴⁹. Selon elle la dimension religieuse est centrale à la vie du patient; ce dernier devrait donc se sentir libre de l'aborder dans la démarche thérapeutique. Elle qualifie la religion d'incontournable si l'on vise à favoriser l'autodétermination du patient, car elle est une préférence personnelle, une dimension à la personnalité et une condition sociale de la personne.

Clark, un travailleur social américain, met lui aussi de l'avant l'autodétermination du patient en affirmant le besoin de protéger l'intervention thérapeutique de l'introduction à la dimension religieuse par l'intervenant¹⁵⁰. Il redoute l'aspect contraignant de la religion et veut préserver le patient des codes moraux des Églises et de tout ce qu'elles pourraient lui imposer¹⁵¹. Selon lui, l'exclusion de l'utilisation du religieux dans l'intervention protège davantage le patient qu'elle lui est nuisible. « La sécularisation garantit à chacun le droit à ses croyances et c'est une protection essentielle du patient que d'exclure le religieux de toute intervention professionnelle, à moins qu'il ne vienne de celui-ci.¹⁵²

Selon Zeiger et Lewis, l'évaluation et l'exploration religieuse ne sont pas du domaine de la psychothérapie, à moins que d'un commun accord, le patient et le thérapeute en décident

¹⁴⁹ K. Amato-Von Hemert, « Should Social Work Education Address Religious Issues? Yes!», *Journal of social Work Education*, 30 (1994), p. 7-11, cité dans François Lefebvre, « La prise en compte des dimensions religieuse et spirituelle dans l'intervention psychosociale », p. 78

¹⁵⁰ J. Clark «Should social Work Education Address Religious Issues? No!», *Journal of Social Work Education*, 30 (1994) p. 11-15, cité dans François Lefebvre, « La prise en compte des dimensions religieuse et spirituelle dans l'intervention psychosociale », p. 79

¹⁵¹ *Ibid.*, p. 79

¹⁵² *Ibid.*, p. 15

autrement et d'entendre sur un cadre qui inclut explicitement la dimension religieuse. Selon eux, l'abstinence du thérapeute à communiquer implicitement ou explicitement ses croyances religieuses peut avoir un impact positif sur la psychothérapie¹⁵³.

Corvelyn propose de revoir le concept de neutralité chez Freud sans se laisser prendre par l'athéisme affirmé de celui-ci. Selon lui « la neutralité prônée par Freud n'est pas de l'indifférence, mais une attitude de sympathie envers le patient. Elle vise à laisser au patient le plus de liberté possible pour qu'il redécouvre pour lui-même la façon dont il se situe par rapport aux questions importantes de la vie¹⁵⁴ ». Il distingue clairement le rôle du thérapeute de celui de l'agent de pastorale dont il décrit la tâche comme étant d'engager activement la conversation sur des thèmes liés à la foi (croyances, attitudes, émotions) avec des patients qui consultent par rapport à toutes sortes de problèmes existentiels. Mais le thérapeute doit pouvoir être en mesure de diriger la conversation dans le domaine religieux ou spirituel.

Curieusement, les thérapeutes qui se réclament des trois positions mentionnées ci-haut, le font au nom du même respect de l'autodétermination du patient. « Les premiers défendent leur patient au nom d'une ouverture sur la dimension religieuse qu'ils estiment centrale dans la vie de ceux-ci, les deuxièmes veulent préserver le développement de leur patient des éléments plus contraignants associés à la religion, et les derniers adoptent une attitude de neutralité bienveillante pour laisser à leur patient un espace où peut émerger ou non une croyance religieuse¹⁵⁵. »

Lefebvre conclut en affirmant que dans le contexte de sécularisation et de pluralisme religieux actuel, l'intervenant psychosocial fera face de plus en plus à des situations

¹⁵³ Zieger et Lewis, « The Spirituality Responsible Therapist », p 423, cité dans François Lefebvre, « La prise en compte des dimensions religieuse et spirituelle dans l'intervention psychosociale », p. 79

¹⁵⁴ Coverlyn, *In Defense of Benevolent Neutrality*, p. 344, cité dans François Lefebvre, « La prise en compte des dimensions religieuse et spirituelle dans l'intervention psychosociale », p. 80

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 83

complexes qui lui demanderont davantage de lucidité sur lui-même et de connaissances sur les spiritualités et les religions.

2.3.5 Les éthiciens

Le renouveau d'intérêt pour l'éthique dans le secteur des sciences de la santé a été amené par les enjeux sociaux créés par le développement de la biomédecine. Hubert Doucet¹⁵⁶ en reprenant l'histoire de la bioéthique, à tenter de voir quelle place la spiritualité y occupait. Il nous présente aussi les nouvelles approches éthiques qui se développent actuellement.

La bioéthique naît au milieu des années 1960. Habitée par deux préoccupations majeures, la première se rapportant aux souffrances cruelles imposées par les chercheurs à des personnes vulnérables, eux qui ont fait profession de bienfaisance; et la deuxième, étant l'impuissance des doctrines éthiques traditionnelles face aux nouvelles problématiques. Théologiens et philosophes liés à la tradition chrétienne ou juive réfléchissent avec les médecins et les scientifiques sur des problèmes de biologie, de médecine et de théologie morale. Leurs préoccupations étaient de nature anthropologique. Ils recherchent des avenues qui favoriseraient une biomédecine plus humaine. Plusieurs pensent que le rôle de l'éthique religieuse a été dominant jusqu'en 1975.

La bioéthique prend une place importante dans l'espace public. Le questionnement change et les avocats joueront un rôle déterminant dans l'orientation de ce nouveau champ de connaissances. « Leur implication correspond à une dimension importante de la modernité, le droit occupant une place centrale et remplaçant même la morale sur laquelle nos sociétés sont divisées¹⁵⁷ ». Sous leur influence l'éthique prend peu à peu la forme d'une procédure et les lignes directrices adoptées par les comités d'éthique sont un mélange de droit et de morale.

¹⁵⁶ Hubert Doucet. « De l'éthique au spirituel. La situation dans les sciences de la santé », *Théologiques* 9/2 (2001), p. 17-31

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 20

D'une part la présence des théologiens crée maintenant un malaise et d'autre part on considère la diversité des religions comme un élément de division sociale. Il est donc important de chercher une éthique qui soit œcuménique et libérale. Quelques courants philosophiques s'imposent, dont l'utilitarisme et le déontologisme. Le leadership intellectuel est pris en charge par des philosophes et les juristes et leur présence amorce une nouvelle orientation : « le droit de l'individu à s'autodéterminer devient le moyen d'humanisation¹⁵⁸ ».

Durant cette période certains principes deviennent fondamentaux; il s'agit de l'autonomie, de la bienfaisance, de la non-malfaisance et de la justice. L'autonomie vient en tête. « L'individualisme est la valeur fondamentale sur laquelle repose l'édifice intellectuel et moral de la bioéthique¹⁵⁹ ».

L'éthique séculière offre un langage accessible à toutes les visions morales. Les religions, selon l'idéologie libérale, peuvent participer au dialogue en taisant leur spécificité. La bioéthique est présentée comme une tradition séculière spécifique qui tente d'établir ses réponses dans le cadre d'aucune tradition distinctive, mais dans des perspectives ouvertes à des individus rationnels.¹⁶⁰ La vision de l'être humain est donc celle de l'Âge des Lumières, c'est-à-dire celle fondée sur la raison universelle. Tout en soustrayant l'éthique judéo-chrétienne de la bioéthique, on occulte aussi l'être humain concret avec son histoire personnelle et culturelle. Cette vision est présentement remise en question et des nouvelles orientations se développent, telles l'éthique de la sollicitude ou du souci d'autrui, mieux connue sous l'appellation de l'éthique du « caring » ainsi que l'éthique narrative.

¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 21

¹⁵⁹ R.C. Fox et J.Swazey, « Medical Morality Is Not Bioethics-Medical «Ethics in China and the United States», *Perspectives in Biology and Medicine*, 27 (1984) P.352, cité dans Hubert Doucet, « De l'éthique au spirituel. La situation dans les sciences de la santé », p. 22

¹⁶⁰ T.H. Englehardt, *The Foundations of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1986, p.5, cité dans Hubert Doucet, « De l'éthique au spirituel. La situation dans les sciences de la santé »,p. 23

L'éthique de la sollicitude est très appréciée dans les milieux de soins infirmiers. Son développement revient à Nel Noddings¹⁶¹ philosophe spécialisée dans le secteur de l'éducation. « Elle élève le souci d'autrui au plan de la seule considération morale légitime; il est l'éthique elle-même¹⁶² ». L'éthique du souci pour autrui désire rencontrer la totalité de la personne malade; il est un mode d'être. Ce concept naît de l'expérience et « décrit ce qui existe lorsqu'une relation est valorisée. ¹⁶³» « Le souci d'autrui signifie que l'attention est donnée à la relation avec la personne; il est accueil de tous les besoins et réponse aux attentes de la personne malade d'être reconnue comme une personne¹⁶⁴ ».

L'approche de l'éthique narrative propose de renouer avec la vie morale réelle et concrète du patient, en les investissant d'un sens et en les reconnaissant trouver un sens aux situations humaines particulières en les investissant d'un sens et en les reconnaissant comme des éléments centraux pour l'analyse et la résolution des cas biomédicaux de nature éthique¹⁶⁵. Doucet soutient que les deux orientations démontrent la nécessité pour le professionnel d'avoir lui-même une vie spirituelle. Ces voies font ressortir l'importance de la qualité de relation à l'autre souffrant. La tâche des professionnels de la santé consiste à travailler à la guérison de l'autre qui ne se limite pas à « comprendre ce que la maladie fait au corps, mais aussi ce qu'elle fait à la personne qui est confrontée à des questions qui la dépassent¹⁶⁶ ».

¹⁶¹ N.Noddings, « Do We Really Want to Produce Good people? », *Journal of Moral Education*, 16 (1987), p. 177-188, cité dans Hubert Doucet, « De l'éthique au spirituel. La situation dans les sciences de la santé », p. 27

¹⁶² N. Noddings, *Caring. A Feminist Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley University Press, 1984, p.2, cité dans Hubert Doucet, « De l'éthique au spirituel. La situation dans les sciences de la santé », p. 27

¹⁶³ T.M. Vezeau, «Caring. From Philosophical Concerns to Practice », *The Journal of Clinical Ethics*, 3 (1992) p. 18, cité dans Hubert Doucet, « De l'éthique au spirituel. La situation dans les sciences de la santé », p. 28

¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 28

¹⁶⁵ R. Charon, « Narrative Contributions to Medical Ethics », dans E.R. Dubose, R.P. Hamel, et L.J. O'Connell, dir., *A Matter of Principles? (Ferment in U.S Bioethics)*, Valley Forge, PA, Trinity Press International, 1994, p. 260, cité dans Hubert Doucet, « De l'éthique au spirituel. La situation dans les sciences de la santé », p. 29

¹⁶⁶ D. P. Sulmasy, « Is Medicine a Spiritual Practice? », *Academic Medicine*, 74 (1999) p. 1002, cité dans Hubert Doucet, « De l'éthique au spirituel. La situation dans les sciences de la santé », p. 30

L'émergence d'une prise en compte des dimensions religieuse et spirituelle est bien réelle dans les différents discours des sciences médicales. Elle répond à la nécessaire quête d'humanisation des soins et aux besoins de certains intervenants de renouer avec les fondements de leur profession. Si l'on considère que la spiritualité est une composante indissociable du soin et de l'être humain et qu'elle fait partie intégrante de la prise en charge globale des patients, il nous apparaît clairement qu'il incombe à chaque professionnel soignant d'ouvrir en lui un espace de disponibilité à cette réalité et de tenter de l'intégrer dans sa pratique. Cette avancée encouragerait une reconnaissance de la crédibilité et de la pertinence des intervenants en soins spirituels et favoriserait leur intégration dans les équipes de soin. Regardons plus attentivement les aspects relatifs au mandat des intervenants en soins spirituels.

2.4 Analyse du mandat des professionnels en soins spirituels.

Les efforts faits par les associations pour définir de façon plus unifiée la profession des intervenants en soins spirituels mettent en relief la nécessité au Québec, de produire des documents gouvernementaux plus représentatifs de la réalité actuelle des professionnels québécois. Depuis 2007, la convention collective qui régit les conditions de travail des intervenants en soins spirituels du Québec n'est pas adéquate à bien des égards et questionne les membres de l'AISSQ notamment en ce qui concerne le titre de l'emploi, la description de tâche, les exigences de formation, le mandat pastoral comme permis de pratique, le ratio, les ressources, la diminution des emplois et le retrait de la garde dans certains établissements.

Suite à la dissolution du Comité national de suivi sur la pastorale, l'AISSQ a mis sur pied une table de concertation sur les soins spirituels et a déposé son projet d'énoncé de

mission le 11 décembre 2008.¹⁶⁷ Le but poursuivi est la consolidation des services qui ont pour fonction de répondre aux besoins spirituels et religieux des clientèles du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Cette initiative veut développer une concertation sur les soins spirituels entre des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des intervenants du milieu universitaire, religieux et communautaire et de l'ensemble des partenaires.¹⁶⁸ Il aurait été intéressant que des patients et leur famille soient aussi invités à faire partie de cette table.

En regard des normes de formation, nous remarquons que les qualifications exigées pour la pastorale professionnelle telles que définies par les associations américaines et canadiennes sont plus rigoureuses que celles requises par l'association québécoise et par le ministère. L'association canadienne demande un diplôme de deuxième cycle en théologie, un mandat pastoral de l'autorité religieuse et la réussite d'un minimum de quatre unités de formation pastorale clinique. De plus, l'ACPEP exige que le candidat démontre des aptitudes sur les plans de la pastorale, de la psychologie, de la sociologie et une compréhension des dynamiques de groupe.

Au Québec, la scolarité minimale requise est un baccalauréat en théologie, en pastorale, ou en sciences religieuses, un mandat pastoral de l'autorité religieuse actuellement remis en question et l'obtention d'une unité d'étude clinique non exigée dans la convention présente. Comment expliquer cet écart entre les services de pastorale canadien et québécois? Évidemment cette profession est plus jeune au Québec et son partenariat avec

¹⁶⁷ Table de concertation sur les soins spirituels dans le réseau de la santé et des services sociaux, Projet d'énoncé de mission, www.aiissq.net, (document consulté le 29 mai 2008.)

¹⁶⁸ La table de concertation sur les soins spirituels dans le réseau de santé et services de santé regroupe des représentants de l'AISSQ, de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et des services sociaux, de l'Association professionnelle des animatrices et animateurs de vie spirituelle et d'engagement communautaire du Québec, de l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux, du Comité de coordination de la pastorale carcérale, du Regroupement provincial des comités des usagers, du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et du Secrétariat aux affaires religieuses, de la direction du personnel salarié au Ministère de la Santé et des Services sociaux, des différentes dénominations religieuses : les Anglicans, les Catholiques, de l'Église Unie, des Juifs et des Musulmans, des Syndicats regroupant les IISS, de l'Université de Montréal engagée dans la formation en soins spirituels.

les associations d'éducation pastorale remonte à une trentaine d'années. Actuellement, l'AISSQ n'a pas suffisamment de superviseurs de stage accrédités ce qui provoque une limitation dans la dispensation des stages de formation. De plus, le mouvement associatif canadien est issu de la confession protestante alors qu'au Québec, l'appartenance religieuse des professionnels du service de pastorale est majoritairement catholique. L'enquête de 2002 dévoile la grande proportion de prêtres exerçant la fonction d'intervenant spirituel s'expliquant par la tradition catholique et par la réponse aux besoins sacramentels des patients. Malgré la théologie des collaborateurs où les laïques sont reconnus comme pouvant exercer certains ministères conférés par une lettre de l'évêque, l'Église catholique considère le prêtre ordonné comme définissant l'identité de l'intervenant en soins spirituels.¹⁶⁹ D'ailleurs, une limite de l'accompagnement des laïcs se fait souvent sentir, surtout dans l'accompagnement des mourants, où ceux-ci doivent laisser la place en dernier lieu, au prêtre, qui la plupart du temps ne connaît pas la personne et la famille et n'a pas cheminé avec eux. De plus, le statut de l'intervenant prêtre, religieux ou laïque n'est pas reconnu de manière équivalente auprès du personnel soignant ce qui peut jouer en faveur de l'un ou de l'autre, dépendamment de la culture des milieux.

Pour conserver son statut d'intervenant spirituel certifié, le membre de l'ACPEP doit participer au processus d'évaluation par les pairs tous les cinq ans, faire preuve de cinquante heures de formation professionnelle annuelle continue, avoir acquitté sa cotisation annuelle auprès de son association professionnelle et adhérer au code d'éthique. Les membres doivent aussi entreprendre ou poursuivre une démarche thérapeutique pour résoudre leurs problèmes personnels pouvant interférer dans leur intervention professionnelle et ils s'engagent à développer leur vie spirituelle.

Au Québec, l'AISSQ est en processus de restructuration et d'organisation pour parvenir à ces critères d'évaluation. D'autre part, l'intervenant spirituel québécois est évalué

¹⁶⁹ *L'identité de l'aumônier catholique dans la pastorale de la santé et la santé au seuil du 3^{ème} millénaire.* Juvénal Ilunga Muya, Nova Domus Sanctae Marthae, cité du Vatican, 22-23 novembre 1999.

régulièrement par le responsable de l'établissement des soins de santé, qui peut être le chef de service, le coordonnateur ou la responsable des loisirs, personnes n'ayant pas toujours les connaissances et les compétences spécifiques à ce domaine pour exercer une telle évaluation, ce qui n'est pas sans créer des incompréhensions et des frictions.

Pour conclure cette deuxième partie de la recherche, il nous apparaît opportun de s'inspirer des réflexions de Nouwen¹⁷⁰ qui mettent en relief des aspects que nous considérons essentiels à la formation des intervenants spirituels chrétiens. D'abord une éducation à la prière contemplative, Il ne suffit pas aux prêtres, aux pasteurs, aux intervenants spirituels laïcs d'être des gens de bonne moralité, bien formés, souhaitant venir en aide à leurs semblables, et capables de répondre de manière créative aux questions brûlantes de leur temps. Tout cela a son importance, mais la question centrale est : « les futurs intervenants seront-ils véritablement des femmes et des hommes de Dieu, habités par un ardent désir de demeurer dans sa présence, d'écouter sa voix, de contempler sa beauté, de toucher sa parole incarnée et de goûter pleinement à son infinie bonté? »¹⁷¹ Nous croyons que le service spirituel est intimement lié à la spiritualité de l'intervenant. L'accompagnateur spirituel doit apprendre à devenir mystique, c'est-à-dire apprendre à vivre de son identité profondément enracinée dans le premier amour; apprendre à demeurer en présence de Dieu par la prière contemplative. Se réapproprier l'aspect mystique de la théologie afin que chaque parole prononcée, chaque conseil donné et chaque stratégie développée proviennent d'un cœur qui connaît Dieu intimement.

Un autre point important dans la formation de l'intervenant en soins spirituels est de l'habiliter à une réflexion théologique qui permet de mieux discerner l'action de Dieu dans l'histoire humaine, qui n'est pas purement intellectuelle, mais qui requiert une formation

¹⁷⁰ Henri J.M. Nouwen (1932-1996) a connu une brillante carrière universitaire avant de devenir aumônier d'une communauté de l'Arche. Conférencier réputé et apprécié, il est l'auteur d'une vingtaine d'ouvrages de spiritualité.

¹⁷¹ Henri J.M. Nouwen, *Au nom de Jésus*, Ottawa, Novalis, 2005, p. 37

spirituelle impliquant la personne entière : corps, esprit et cœur. Ils doivent être des théologiens, formés par la prière, l'étude et une soigneuse analyse à manifester la présence divine au milieu des événements apparemment fortuits de leur temps. C'est une discipline difficile, car la présence de Dieu est souvent présence cachée, mais l'intervenant en soins spirituels est celui qui aide les gens à entendre cette voix afin qu'ils soient réconfortés et consolés.

L'intervention spirituelle est d'une nature totalement différente des autres types d'intervention, elle est un ministère de service, par lequel l'intervenant spirituel se fait serviteur vulnérable, reconnaissant humblement ses limites dans lesquelles Dieu peut agir. La mutualité est donc nécessaire même si elle est souvent perçue comme faiblesse et une dangereuse confusion des rôles. L'intervenant spirituel chemine non pas dans un mouvement vers le haut dans lequel notre monde a tellement investi, mais dans un mouvement vers le bas, ce n'est pas une intervention de pouvoir et de contrôle, mais d'impuissance et d'humilité.¹⁷²

De nombreux défis attendent les intervenants en soins spirituels, que ce soit l'obtention d'une convention collective adéquate, une plus grande concertation entre les différents intervenants des divers milieux, une formation plus rigoureuse, la croissance du nombre de superviseurs accrédités, mais le défi le plus substantiel, selon nous, sera de professionnaliser la pratique, sans la dénaturer, c'est-à-dire sans lui faire perdre son essence interpellant à l'Autre, tout en étant profondément investi de cet Autre.

¹⁷² Henri J.M. Nouwen, *Pour des ministères créateurs*, Québec, Bellarmin, 1999, p. 57-81

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme de cet essai, nous pouvons affirmer l'atteinte de notre principal objectif, à savoir, une meilleure circonscription de la spécificité de l'accompagnement spirituel en milieu de santé québécois. L'analyse des documents fondateurs nous révèle à la fois la richesse de la réflexion des associations sur leur service professionnel, à la fois sa difficile intégration aux mandats des intervenants en soins spirituels québécois.

Les textes dévoilent d'abord la tension existant entre spiritualité et religion manifestée par certaines divergences d'interprétation de concepts essentiels et par la difficulté à établir une communauté de langage. En ressort la nécessité d'engager la mise en commun d'une réflexion approfondie sur ces concepts, menée par les associations, les représentants religieux, les experts consultants et l'instance gouvernementale.

Répondant à une diversité culturelle nécessitant des approches diversifiées dans un contexte où la spiritualité suscite controverse, remises en question et parfois même indifférence, les soins spirituels se veulent une réponse à des besoins d'ordre existentiel spirituel et religieux, évaluables et en congruence avec la culture soignante. Des soins mettant l'accent sur le sens et la transcendance qui trouvent leur expression dans la rencontre interpersonnelle du type compagnonnage dans une perspective confessionnelle et dont les bienfaits rayonnent tant sur le malade et son entourage que sur le personnel de l'établissement et la collectivité.

Les efforts manifestés pour professionnaliser l'accompagnement spirituel soulèvent des interrogations justifiées. Les risques de déformation associés à l'approche évaluative sont bien réels. S'ouvrir aux méthodes scientifiques pour établir un partenariat professionnel est fort louable, mais les limites de celles-ci doivent être clairement exposées et reconnues sans pour autant que soit discréditée la pertinence du service des soins spirituels.

Cette recherche a aussi mis en perspective l'intérêt majeur pour le domaine spirituel manifesté par des réflexions et recherches dans diverses disciplines médicales. Certains considèrent la spiritualité comme étant inhérente au soin et plusieurs affirment l'importance d'une réelle prise en compte du spirituel et du religieux à l'intérieur de leur pratique. Pourtant, dans le contexte québécois, l'enquête de 2001, dont il a été question dans la section 1.4, dévoile combien les directions d'établissements, les praticiens et même les intervenants en soins spirituels eux-mêmes ignorent la politique nationale encadrant le service. D'où l'importance de sensibiliser les milieux pour faire évoluer les mentalités, pour changer les perceptions et pour que ce service cesse d'être marginalisé.

Les questions relatives aux mandats professionnels demeurent d'une importance capitale. L'enquête a confirmé des enjeux importants à cet effet, telle, l'uniformisation des exigences d'embauche et d'exercice et la normalisation des conditions de travail. Il faut aussi penser le type de rapport que les intervenants spirituels québécois souhaitent entretenir avec les autorités religieuses. Dans cette optique, la table de concertation sur les soins spirituels créée par l'Association nous apparaît comme étant un lieu prometteur pour concrétiser les nombreux changements tant attendus et pour développer une concertation entre les divers partenaires du soin.

L'accompagnement spirituel en milieu hospitalier concerne bien sûr l'intervenant en soins spirituels et plus largement les autres soignants, les directions d'établissement, les représentants religieux, les responsables gouvernementaux, tous, au service, d'une façon ou d'une autre, de la personne soignée. Dans cette perspective, la voie transdisciplinaire¹⁷³ semble fort intéressante, puisqu'elle situe la personne soignée au centre des préoccupations de soignants et qu'elle pose comme exigence, l'engagement de l'équipe à accompagner la personne dans toutes ses dimensions, y compris au niveau spirituel. La

¹⁷³ Philosophie du soin qui préconise la prise en charge par l'équipe qui se situe entre, à travers et au-delà des disciplines professionnelles. Cette conception se veut un pas de plus que l'interdisciplinarité qui se limite à un simple transfert de méthodes d'une discipline à l'autre sans que le sujet ne soit considéré en tant que tel. Une chartre a été adoptée au Premier Congrès Mondial de la Transdisciplinarité, Convento da Arrabida, Portugal, le 26 novembre 1994. On peut la consulter sur le site <http://nicol.club.fr/ciret/index.htm>

transdisciplinarité se présente comme étant le mode d'organisation le mieux adapté aux équipes qui allèguent respecter les êtres humains vivants dans un monde d'une complexité remarquable. Tout en reconnaissant les compétences propres à chaque discipline, cette philosophie de travail amène l'équipe à multiplier les éclairages d'une réalité complexe : une personne unique, qui est souffrante, et dont le chemin de vie s'inscrit dans un contexte spécifique composé de nombreux niveaux de réalité. L'équipe ne se limite pas aux professions médico-soignantes, par exemple, les personnes qui s'occupent du ménage ou de la cuisine seront tout aussi écoutées lorsqu'elles parleront de leur perception concernant l'expression de la douleur d'un malade.

Placer la personne soignée au centre implique que l'équipe cherche à connaître qui est cette personne soignée, considérée dès lors comme partenaire de soins. Cela exige aussi une organisation adaptée dans laquelle une hiérarchie verticale fait place à une hiérarchie horizontale. L'équipe transdisciplinaire s'engage à accompagner la personne dans sa dimension spirituelle ce qui implique une démarche personnelle où la spiritualité n'est pas l'apanage de l'intervenant spirituel, mais bien de toute l'équipe.¹⁷⁴

L'émergence de l'intérêt pour la spiritualité n'est pas étrangère à la criante déshumanisation des soins. La question du spirituel contribue à resituer le sujet au cœur du soin et cela exige des transformations importantes dans les idéologies et la gestion du système de santé. L'articulation entre spiritualité et santé n'est pas évidente à notre époque. Le souci de l'Autre, s'actualisant par l'attention portée à l'autre, fonde historiquement les institutions de la santé en Occident. Pourtant, à travers le passage de l'hôtel-Dieu à la clinique, l'organisation de la santé est passée, en Occident, de la *caritas* à la technique. L'hospitalité donnée à l'autre ne peut que développer sa compétence technique pour assurer son efficacité et ainsi être crédible. L'efficacité n'est pas superflue, elle est la garantie de l'authenticité de l'attention aux autres. Pourtant, la recherche obsessive

¹⁷⁴ Michel Péterman. «La transdisciplinarité : une condition préalable à la pratique des soins palliatifs», *Journal de l'Association de Chantepierre Goutte à goutte* (Filière Infirmières et infirmiers de la Heev-santé) no° 4, décembre 2006, Lausanne.

d'efficacité peut pervertir cette attention et on peut bien perdre de vue la finalité, le sujet humain et son manque, c'est-à-dire le sens de la souffrance.

Le recours actuel à la dimension de l'esprit évoqué par le mot spiritualité, suppose le passage par l'Autre, l'instance de l'altérité, fut-elle-même sans visage. La spiritualité est aussi une expérience du pas-à-pas, une marche lente qui tente d'appivoiser le temps. La stratégie de la marche est toute contraire à celle de la toute-puissance qui ignore les limites, qui refuse la vie telle qu'elle est.¹⁷⁵ On comprend mieux pourquoi le chemin spirituel dans notre civilisation de la vitesse est considéré comme une issue salvatrice par certains, mais, pour d'autres, comme un frein au progrès scientifique. C'est pourtant, croyons-nous, le chemin à parcourir pour que l'univers médical redevienne un lieu d'hospitalité.

À cet égard, bien que le contexte de la Belgique soit différent¹⁷⁶, l'expérience de l'équipe du « Carrefour Spirituel »¹⁷⁷ est fort éloquente. Son projet pluri spirituel et religieux, né du souci de mettre le patient au cœur du soin et souhaitant réhabiliter la mission d'hospitalité des institutions de soins, offre à chaque patient, quelles que soient ses convictions, l'accès au soin spirituel, au meilleur de sa tradition. Une collaboration entre les différentes confessions est née assez facilement puisqu'elles partageaient des soucis analogues. Peu à peu le projet de créer un lieu de rencontre visible et pluraliste manifestant l'importance du spirituel pour toute personne s'est développé. Dès l'entrée aux Cliniques universitaires Saint Luc, l'indication *Carrefour Spirituel* est facilement repérable. Ce lieu d'accueil propose des couleurs chaudes, des œuvres artistiques qui par leur beauté ouvrent des horizons de sens. *Un livre d'or*, recueil de prières, d'expériences hospitalières invite à s'asseoir un moment. Enchâssé dans un bouquet de photos, un texte de bienvenue, rédigé par l'équipe

¹⁷⁵ Réflexions tirées de l'article «Enjeux de sens et question de santé», rédigé par le groupe de réflexion pluridisciplinaire composé de Denis Auger, Michel Beaudin, Guy Côté, Anne Fortin, Robert Hurley, Raymond Lemieux, Robert Mager, Arthur Marsolais et Jacques Racine..

¹⁷⁶L'État belge ne consacre pas de budget aux services spirituels et religieux d'hôpitaux, chaque institution de soins en conserve l'initiative,

¹⁷⁷ Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles. L'équipe est composée de membres de 7 traditions reconnues par l'État soit la tradition chrétienne catholique, protestante, anglicane et orthodoxe, israélite et musulmane et par des conseillers laïques.

des soins spirituels constitue la charte commune du Carrefour Spirituel. On y perçoit à quel point la personne en situation de vulnérabilité y tient la place centrale et que les intervenants en soins spirituels ne prétendent pas occuper une place d'exception. Deux séries de paroles renouvelées régulièrement sont disposées près du bouquet de photos : d'une part des paroles recueillies au fil des rencontres à l'hôpital auprès des patients hospitalisés et, d'autre part, des paroles héritées de grandes traditions philosophiques et religieuses. Dans un local adjacent, une personne se tient en permanence. Elle ne porte pas de blouse blanche, n'est pas affairée à un travail; elle porte uniquement un badge identifiant la tradition spirituelle à laquelle elle appartient. Il s'agit d'une personne disponible dont la présence n'a aucune raison d'être que d'accueillir, gratuitement, sans projet, de donner son temps, sa disponibilité, c'est une denrée bien rare dans un grand hôpital. Les fruits de cette initiative sont nombreux. Pour les malades, les proches et les membres du personnel, il devient manifeste que l'hospitalité est en principe offerte à tous, que chacun a la garantie d'être respecté dans ses convictions personnelles. Les soignants sont nombreux à se réjouir de cette initiative, ils peuvent approcher plus librement les patients dans leur quête spirituelle et se sentent eux-mêmes interpellés personnellement. Un autre fruit, chaque intervenant, malgré les résistances tenaces, apprend à entrer davantage dans la culture religieuse de l'autre, dans ce qui constitue le fond anthropologique, symbolique, spirituel propre des uns et des autres.¹⁷⁸

L'aspect de la pluralité spirituelle et religieuse devra, à notre avis, être davantage pris en compte dans les institutions médicales québécoises. Tout en s'inspirant des expériences des autres milieux, elles devront faire preuve d'audace et d'ouverture, et nous croyons que l'intervenant en soins spirituels a une collaboration spécifique à apporter à ce projet innovateur.

¹⁷⁸ G. Terlinden. «Soin et spiritualité – De la nécessité d'un espace», *Louvain Med.* 121, 2002, p. 388-397

BIBLIOGRAPHIE

Sources premières :

Association canadienne pour la pratique et l'éducation pastorales/ Canadian association for Pastoral Practice and Education, Clinical Pastoral Education, *Normes de pratique*, (document consulté le 24 février 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.cappe.org>

Association canadienne pour la pratique et l'éducation pastorales/ Canadian association for Pastoral Practice and Education, Clinical Pastoral Education, *Normes communes-Pastorale professionnelle*, (document consulté le 24 février 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.cappe.org>

Association des Intervenantes et Intervenants en Soins Spirituels du Québec, *Les soins spirituels dans les établissements publics de santé et de services sociaux*, (document consulté le 25 février 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

Association des Intervenantes et Intervenants en Soins Spirituels du Québec, *Approche de l'AISSQ sur les soins spirituels en milieu de santé, présentation faite à l'Assemblée des évêques catholiques du Québec*, (document consulté le 25 avril 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

Association of Professional Chaplains et al. *Service de pastorale professionnelle; rôle et importance dans les soins de santé*, (document consulté le 25 février 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

Association québécoise de la Pastorale de la Santé, *Code d'éthique de la nouvelle association*, (document consulté le 22 février 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

Association québécoise de la Pastorale de la Santé, *Charge de travail description de tâches ratio*, (document consulté le 24 février 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

Association québécoise de la Pastorale de la Santé, *Historique*, (document consulté le 1^{er} mars 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.geotics.com>

DE BILLY, Lavery, *Le droit de savoir*, (document consulté le 23 mars 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

MAILLOUX, Claude, « Profession : Intervenant en soins spirituels », *Revue de l'AISSQ*, (document consulté le 24 mars 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

Ministère de la santé et des Services sociaux, *Cadre de référence pour l'organisation pastorale de la pastorale en établissement de santé et de services sociaux*, (document consulté le 24 février 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

Ministère de la santé et des Services sociaux, *Pastorale en établissements de santé et de services sociaux. : Rapport du Comité de travail*, Québec, 1997.

Ministère de la santé et des Services sociaux, *Protocole d'entente entre le ministère de la santé et des services sociaux et les autorités religieuses*, (document consulté le 22 mars 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

NADEAU, Gilles, « Parler d'accompagnement spirituel des malades dans le contexte social et religieux d'aujourd'hui », *Revue de l'AISSQ*, (document consulté le 20 mars 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

PALLIUM, *Les intervenants professionnels en soins spirituels palliatifs*, (document consulté le 23 février 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

PEPPER, Marc et al., *Approche de l'AISSQ sur les soins spirituels en milieu de santé*, (document consulté le 12 mars 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

PEPPER, Marc, « Fin du protocole d'entente : un recul qui nous pousse vers l'avant », *Revue de l'AISSQ*, (document consulté le 12 mars 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

PEPPER, Marc, « Mot du président », *Revue de l'AISSQ*, (document consulté le 27 mars 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

PEPPER, Marc, « Pasteur ou professionnel? », *Revue de l'AISSQ*, (document consulté le 21 avril 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

Service de pastorale et de soutien spirituel, *Les soins et le respect des cultures*, (document consulté le 24 février 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

Service régional de pastorale de la santé, région Québec, *Portrait 2001, Enquête sur les services de pastorale dans les établissements de santé et de services sociaux*, (document consulté le 20 mars 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aiissq.ca>

Sources secondes :

AUQUE, H. « Limites de l'entretien pastoral », dans *Je parle, un autre m'écoute*, Labor et Fides, Genève, Entrées libres, 51, 2000.

CHARLAND, Pierre. « Quelle spiritualité pour aujourd'hui? », *Appoint*, 224/ 3 (septembre 2007), p. 31-36.

DOUCET, Hubert. « De l'éthique au spirituel. La situation dans les sciences de la santé », *Théologiques* 9/2 , (2001), p. 17-31.

DOUCET, Hubert. *Soigner en centre d'hébergement*, Canada, Fides, 2008, 174 p.

Équipes d'aumôniers du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et des Hôpitaux Universitaires de Genève. « De la demande, La demande de soins pastoraux de la personne hospitalisée et le contexte socio-religieux actuel », *Infokara*, No 56, 4, (1999).

GARIÉPY, Gilbert. « Religion, pastorale et soins spirituels en milieu de santé », dans *La religion dans la sphère publique*, sous la direction de Solange Lefebvre, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2005, p. 152-170.

JACQUEMIN, Dominique. *Éthique des soins palliatifs*, Paris : Dunod, 2004. 156 p.

JACQUES, Robert. « Le « spirituel » et le « religieux » », *Théologiques* 7/1 (1999), p. 89-106.

LAMBERT, Cécile. « L'approche narrative : un terrain qui favorise la réaffirmation des pratiques du prendre soin », dans *Méthodes et interventions en éthique appliquée*, Montréal, Fides, (2000), p. 49-63.

LAPOINTE, Guy, (dir.). « La pastorale en milieu de santé une question de crédibilité », *Cahiers d'études pastorales* 9, Faculté de théologie de l'Université de Montréal, 1991, 133 p.

LEFEBVRE, François. « La prise en compte des dimensions religieuse et spirituelle dans l'intervention psychosociale », *Théologiques* 9/2 (2001), p. 69-93.

LEMIEUX, Raymond, *Misère de la religion, grandeur du spirituel ?*, (document consulté le 25 avril 2007), [en ligne], adresse URL : <http://www.crss.ulaval.ca>

LEMIEUX, Raymond. *La spiritualité guérit-elle?*, (document consulté le 17 août 2009), [en ligne], adresse URL : <http://www.crss.ulaval.ca>

MATRAY, Bernard, « Le spirituel et le religieux : essai de mise en perspective », *Revue Aumônier des hôpitaux*, Département d'éthique biomédicale, Centre Sèves, Paris, (octobre 1997).

ODIER, C. et coll., « Soutien spirituel », *Revue médicale de Suisse romande*, 117, (1997), p. 219-226.

ODIER, C. « Former à l'accompagnement spirituel des malades : plus qu'une question de connaissance », *Sciences pastorales*, Vol.22 n.1, (Printemps 2003), p. 147-161.

ODIER, C. « Professionnels de l'accompagnement spirituel? » *JALMALV*, 88, (2007), p. 19-23.

PÉPIN, Jacinthe et Chantal CARA. « La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières », *Théologiques* 9/2 (2001), p. 33-46.

PERIRA, José. *Accompagner en fin de vie, intégrer la dimension spirituelle dans le soin*, Montréal, Médiaspaul, 2007, 183 p.

ROCHAT, Étienne. *Rapport au Groupe Label CTR sur la prise en compte de la dimension spirituelle chez les personnes hospitalisées en Centre de Traitement et de Réadaptation*, (document consulté le 26 mars 2008), [en ligne], adresse URL : <http://www.aumonerie-hopital.ch>

ROCHAT, Étienne, « Soutien spirituel dans les institutions de santé : la pastorale hospitalière entre crise du religieux dans la société et volonté d'autonomie spirituelle chez la personne malade », *Sources*, (décembre 2001), p. 1-9.

Statistique Canada, *La place de la religion dans l'espace publique*, (document consulté le 27 février 2009), [en ligne], adresse URL : <http://www.stacan.ca>

SMYTH, Phyllis, Daniel BELLEMARRE, « Spiritualité, accompagnement spirituel et religion : le besoin de les distinguer clairement », *Journal of Palliative Care*, 4, 1/2, (1988), p. 86-88.

Sources d'appui

AUGER, Denis et autres. « Enjeux de sens et questions de santé », *Possibles*, vol.29, no°1, 2005, P. 46-60.

CADORÉ, Bruno. *L'expérience bioéthique de la responsabilité*, Namur/Montréal, Artel/Fides, coll. « Calatyses », 1994, 204 p.

CATALAN, Jean-François. *Expérience spirituelle et psychologie*, Paris/Montréal, DDB/Bellarmin, Collection Christus, no 77, 1991, 191p.

CAZIN, B. « Expérience spirituelle de la fin de vie », *Revue francophone Psycho-Oncologie*, numéro 4, (2005), p. 305-307.

CHÂTEL, T. « Le sens de l'accompagnement en fin de vie. », dans *Le grand lieu de la mort à l'usage des vivants*, Paris, Albin Michel, (2007), p. 109-112.

COSSETTE, R., J. PEPIN. « Vieillir et croître à travers les déclin, un défi spirituel avant tout », *Théologiques*, 9 (2), p. 47-67..

DURAND, Guy et autres. *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*, Presses de l'université de Montréal, 2000, 361 p.

DURAND, Guy. *Introduction générale à la bioéthique*, Montréal, Fides, 2005, 565 p.

FOUCAULT, Claudette, Suzanne MONGEAU. *L'art de soigner en soins palliatifs : perspectives infirmières*, Presses de l'Université de Montréal, 2004, 298 p.

GRONDIN, J. « Le sens de la vie. Une question assez récente, Mais pleine de saveur », *Théologiques* 9, p. 7-15.

LAGUË, Micheline, M.I.C., « Nommer et s'appropriier sa spiritualité », *Église et Théologie*, 29, (1998), p. 7-30

HIRSCH, Emmanuel, *Le devoir de non-abandon*, Paris, Cerf, 2004, 324 p.

MESLIN, Michel et autres. *La quête de guérison*, Paris, Bayard, 2006, 384 p.

NOUWEN, Henri J.M. *Au nom de Jésus*, Ottawa, Novalis. 2005, 88 p.

NOUWEN, Henri J.M. *Pour des ministères créateurs*, Canada, Bellarmin, 1999, 136 p.

PACOT, Simone. *L'évangélisation des profondeurs*, Paris, Cerf, 2000, 251p.

PÉTERMAN, M. « La transdisciplinarité : une condition préalable à la pratique des soins palliatifs », *Infokara*, 22 (1), (2007), p. 19-22.

ROGERS, C.R., « L'approche centrée sur la personne », dans *L'approche centrée sur la personne* », Ed Randin, 2001, p. 166-184.

SAINT-ARNAUD, Jean-Guy. *Quitte ton pays*, Montréal, Médiaspaul, 2001, 225 p.

TAYLOR, Johnston, Elizabeth, *Spiritual care, nursing theory, research and practice*, 2002, 296 p.

TERLINDEN, G. « Soins et spiritualité – de la nécessité d'un espace Le Carrefour Spirituel des cliniques universitaires Saint-Luc – UCL Récit d'une expérience » *Louvain Med.* 121, 2002, p. 388-397.

VOYER, Gilles. *Qu'est-ce que l'éthique Clinique?*, Sherbrooke, Fides, coll. « Catalyse », 1996, 179 p.

WATSON Jean, *Le caring, philosophie et science des soins infirmiers*, traduction française C. Waingnier et L. Caas, dir. Josianne Bennet, Paris, 1998.