

20 ans de Carrefour spirituel aux Cliniques St-Luc à Bruxelles et un colloque au croisement de la spiritualité et de la santé

Créé en 1995 à l'initiative de l'aumônerie catholique, le Carrefour spirituel situé dans le grand hall des Cliniques universitaires St-Luc à Woluwé/Bruxelles a fêté ses 20 ans. À cette occasion, il a rassemblé le 10 mars 2016 près de 250 personnes pour un colloque international sur le thème : « Au carrefour des convictions, sauver la santé ? »

Des chrétiens catholiques, protestants, orthodoxes et anglicans, mais aussi des juifs et des musulmans, ainsi que des bouddhistes et des laïques : les grandes familles spirituelles, religieuses ou philosophiques du pays ont leur place au sein du Carrefour spirituel des Cliniques St-Luc. Ils portent aujourd'hui ensemble le projet de ce lieu de rencontres, de passage et d'offres d'accompagnement.

L'abbé Guibert Terlinden, aumônier catholique qui fut à la fondation du Carrefour qu'il coordonne, est heureux de rappeler, au début du colloque, l'importance de cet espace ouvert à tous. « *Nous avons voulu, dit-il, que chacun puisse venir boire à sa source, recueillir des pensées ou déposer les siennes, tant le passage par la maladie change le rapport au monde.* »

D'un récent séjour au Québec, G. Terlinden a ramené une photo étonnante du nouveau Centre hospitalier de l'Université de Montréal : ses bâtiments modernes et imposants n'ont pas eu raison du clocher d'une ancienne église, qui émerge encore à l'avant-plan. Un symbole du défi à rencontrer : comment articuler santé, technicité et spiritualité/religion ?

Administrateur général des Cliniques St-Luc, Renaud Mazy se réjouit que l'Université Catholique de Louvain accueille ainsi dans son hôpital de référence un tel Carrefour, qui dit l'ouverture et le croisement, en même temps que la singularité de l'attention portée au spirituel. Sur le lieu même où la maladie bouleverse, fragilise, il apprécie que soit affirmé le lien entre spiritualité et soins. Maintenir la spiritualité au carrefour, c'est refuser de la reléguer dans le privé, dit-il. Car « *là où la spiritualité recule, les émotions prennent le dessus et avec elles les solutions simplistes.* »

Spiritualité et médecine : un lien en pleine évolution

Guy Jobin, théologien éthicien de l'Université Laval au Québec, ouvre les travaux du colloque en proposant un regard critique sur « *l'évolution du lien entre spirituel et médecine* ». L'intérêt récent des sciences biomédicales pour la spiritualité interroge le théologien. Même si le monde de la santé en Occident a été fort influencé par le christianisme (cf. les anciens « hospices »), la cohabitation entre religion et médecine s'y cantonnait plutôt aux frontières : il est entendu qu'un prêtre n'est pas un chirurgien et que la médecine n'est pas la spiritualité. Or c'est précisément cette répartition des compétences qui a changé depuis un peu plus de 40 ans, à la faveur d'une évolution de la société et de l'importance prise par la biomédecine.

D'où vient l'intérêt actuel porté à la spiritualité jusque dans la clinique ? Guy Jobin brosse un tableau historique à grands traits. Il retient surtout six étapes, dont il dégagera ensuite les enjeux ¹.

- Il y a eu sécularisation et rationalisation de la médecine. La séparation entre religion et médecine remonte déjà à Hippocrate qui, au Ve siècle avant J.-C., refuse d'attribuer les maladies et les guérisons à des forces divines ou supraterrrestres. Les causes étant terrestres, le médecin cesse d'être un médiateur des dieux ou un chamane pour devenir un agent de l'équilibre des corps. La médecine n'admet plus l'ingérence de la religion. Seul un lien peut subsister au plan de l'identité professionnelle du médecin.
- L'accompagnement spirituel en temps de maladie prend son autonomie. Vers 1920 aux États-Unis, Anton Boisen, pasteur protestant et aumônier d'hôpital, lance une formation des aumôniers et pasteurs à partir du terrain. Sa *Clinical Pastoral Education* est conçue indépendamment des écoles théologiques.

[1] Pour un exposé plus complet : Guy JOBIN, *Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*, Bruxelles, Lumen vitae (coll. « Soins et spiritualités », 3), 2012, 106 p. Voir également : N. PUJOL, G. JOBIN, S. BELOUCIF, « Quelle place pour la spiritualité dans le soin? », dans *Esprit*, juin 2014, n° 405, p. 75-89.

- À partir des années 1950, aux États-Unis, un mouvement émerge en faveur de l'interprétation soignante de l'expérience spirituelle. Ainsi, Virginia Henderson va établir une théorie des soins infirmiers comme répondant à une série de besoins fondamentaux du patient. Un des besoins identifiés est le besoin spirituel de chacun, défini plutôt selon un axe culturel comme le « besoin de pratiquer sa religion ».
- Dans les années 1960, l'avènement de la bioéthique est issu de critiques externes adressées au monde médical. La figure du théologien entre alors sur le terrain médical, parce qu'il est interpellé par les questions de sens et de morale que soulèvent des expérimentations et des pratiques nouvelles.
- Les années 1960 sont aussi marquées par l'avènement des soins palliatifs, avec la fondation à Londres du St Christopher's Hospice par une infirmière devenue médecin, Cicely Saunders. La mise en oeuvre de soins palliatifs introduit deux brèches dans la pratique médicale : d'une part, elle montre que la fin de l'approche curative ne peut pas signifier la fin du soin ; d'autre part, la philosophie du soin s'ouvre à la globalité de l'expérience de la maladie. La culture du soin doit s'étendre aux sphères corporelle, psychologique, sociale et spirituelle. Le spirituel devient lui aussi l'objet d'attention des cliniciens.
- En 1977, dans un article publié dans la revue *Science*, le psychiatre américain George Engel plaide pour un élargissement du regard clinique au-delà de l'approche biomédicale dominante. Il fait valoir la nécessité de façon à prendre en compte aussi en compte les importantes répercussions de la maladie sur le psychisme et sur les relations sociales du patient. Il propose donc à la médecine un modèle nouveau, *bio-psycho-social*². Ce modèle implique un déplacement majeur dans le champ des pratiques médicales. Il n'apparaît pourtant pas à tous comme un modèle totalement satisfaisant³. Des médecins travaillant notamment dans les unités de gériatrie et de soins palliatifs ont, plus récemment, préconisé d'y inclure la dimension spirituelle ; ce qui revient à proposer un modèle bio-psycho-social-spirituel.

Au vu de l'évolution récente, G. Jobin observe que le lien qui s'était défait entre la religion et la médecine a été refait à l'initiative de la science médicale. Ce qui appellera de nouveaux questionnements.

Cette évolution du lien entre spiritualité et médecine n'est pas indépendante des transformations intervenues dans la culture contemporaine. Guy Jobin en rappelle simplement trois aspects.

- Le pluralisme a pris une extension visible à travers le monde. On assiste à une « *pluralisation ethno-religieuse* ». Cette réalité massive, le monde des soignants ne peut évidemment pas la négliger.
- Les établissements de soins sont, en de nombreux pays, de plus en plus organisés sur une base laïque ou non confessionnelle. Au Québec, par exemple, les hôpitaux catholiques se sont laïcisés à partir des années 1960. Ailleurs aussi, diverses institutions d'inspiration chrétienne ont progressivement opté pour des formes de gouvernance qui ne relèvent plus ou plus directement de l'autorité religieuse.
- Dans ce contexte, une distinction s'est instaurée entre *spiritualité* et *religion*. Le recul critique pris dans le monde du soin à l'égard du modèle biomédical a lui-même contribué à ce que la spiritualité soit désormais pensée comme une réalité distincte et plus large que la religion. L'être humain, qu'il se rattache ou non à une religion, est conçu comme un être spirituel. La spiritualité est d'abord envisagée comme une dimension fondamentale de l'être humain, indépendamment de toute tradition religieuse. La spiritualité tend ainsi à devenir une forme particulière de la conscience.

[2] cf. George L. ENGEL, « The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine », dans *Science*, vol. 196, n° 4286, 1977, p. 129-136. On peut lire à ce sujet : Maryse Siksou, « Georges Libman Engel (1913-1999). Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical », *Le Journal des psychologues* 7/2008 (n° 260), pp. 52-55 [www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=JDP_260_0052]. Voir aussi : Anne Berquin, « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », dans *Revue Médicale Suisse*, 2010, n° 258, pp. 1511-1513 [<http://www.revmed.ch/rms/2010/RMS-258>].

[3] Une évaluation critique a été proposée notamment par un sociologue : le modèle bio-psycho-social élargit-il réellement les conceptions de la biomédecine ? N'aboutit-il pas plutôt à intégrer les apports de la psychologie et des sciences sociales dans le cadre théorique, sans remettre en cause ses paradigmes ? Cf. David ARMSTRONG, « Theoretical Tensions in Biopsychosocial Medicine », dans *Social Science and Medicine*, 1987, vol. 25, n° 11, pp. 1213-1218.

Les enjeux de l'accueil de la spiritualité par le monde biomédical

L'évolution de la société, de la culture et les transformations en cours dans l'univers du soin incitent à réfléchir, souligne Guy Jobin, aux enjeux cruciaux que comporte l'accueil de la spiritualité par le monde biomédical et dans la culture clinique. Il soulève une série de questions autour de cinq enjeux.

- Quelle fonction assigne-t-on à la spiritualité ? À quelles fins la mobilise-t-on ? Est-ce simplement à titre d'adjuvant d'un soin de plus en plus technicisé ? La spiritualité est-elle réductible à une composante du parcours thérapeutique ou est-elle un vecteur d'une humanisation des institutions et de la relation soignante ? La spiritualité devient-elle un nouvel objet de soins sous le pouvoir de l'institution, ou bien son potentiel subversif est-il perçu comme une chance de transformation de l'institution ?
- Quelle interprétation propose-t-on de l'expérience spirituelle ? Comment en parle-t-on ? Ne risque-t-elle pas d'être réduite à ce qu'en saisit le langage clinique ? Peut-on parler de « besoins spirituels », de « détresse spirituelle », de « bien-être spirituel », ou encore d'une « capacité de donner du sens » sans se référer à une tradition spirituelle, au-delà des modèles auxquels se réfère l'approche médicale ?
- Quel langage est employé pour évoquer l'expérience spirituelle ? Les soignants sont-ils sensibilisés à la nature variable de l'expérience spirituelle, souvent atypique par rapport aux conceptions médicales ? Une « détresse spirituelle » peut-elle faire l'objet d'un « diagnostic », voire d'une prescription de traitement thérapeutique tel que : « augmenter la dose » ? Ne convient-il pas plutôt de se demander : dans quelle tradition spirituelle s'inscrit la personne ? Le problème se situe manifestement à l'interface entre le langage clinique spécialisé et le langage spirituel ou religieux : comment articuler les deux ?
- Quelle formation à l'approche spirituelle propose-t-on aux soignants et aux autres accompagnants ? Car « *la bonne volonté ne suffit pas !* », insiste G. Jobin. Mais dans quelle optique concevoir les formations, individuelles et collectives ? En ce qui concerne les soignants, s'agit-il de les former à l'intervention spirituelle ? Ou plutôt de les former à être attentifs à l'expérience spirituelle des patients ? L'une et l'autre optique ne supposent pas le même niveau de compétence ni le même niveau de responsabilité.
- Qu'en est-il enfin des choix institutionnels ? L'accompagnement spirituel doit-il être confié à des spécialistes ? Faut-il y réfléchir en équipe interdisciplinaire, ouverte éventuellement à des intervenants plus spécialisés ? Faut-il faire appel à des volontaires ? Autant de questions qui ont trouvé des réponses diverses dans les institutions hospitalières et dans les législations, mais qui restent posées...

L'accompagnant spirituel sur une ligne de crête

La spiritualité, observe encore G. Jobin, dans un échange avec des participants, est à la fois « *témoin et vecteur des changements* » dans la société. Elle peut donc aussi, au sein de l'hôpital, contribuer à changer la société. À condition d'éviter les cloisonnements. La spiritualité ne se reconnaît pas dans les oppositions entre « sain » et « malsain » ; ce n'est pas qu'une affaire de « bien-être » ou de « santé », comprise comme l'inverse de la maladie. Dans la « santé », il y va aussi du « salut », rappelle le théologien.

Plus fondamentalement, souligne G. Jobin, « *l'expérience spirituelle ne se traite pas, elle ne se soigne pas, mais elle s'accompagne. À faire de la spiritualité un objet de soin, le risque est grand de l'instrumentaliser. La démarche d'accompagnement implique de marcher à côté de l'autre, et si possible un pas en arrière : l'accompagnant n'est pas un sherpa.* » Le théologien québécois invite donc à rester vigilant face aux logiques répandues dans le monde soignant. Il ne s'agit pas d'en récuser d'avance les approches de la spiritualité par les soignants ; il ne convient pas non plus d'y souscrire aveuglément. « *Oui à leur exigence que l'on rende compte de sa pratique : avant tout, il s'agit de ne pas nuire ! Non à une approche de la spiritualité qui reviendrait à se calquer sur le modèle médical.* »

« *L'expérience spirituelle, ajoute G. Jobin, aura toujours sa propre créativité. Comment l'accompagner dans une institution de soins ? En se situant à la fois dedans et dehors. Le statut de l'accompagnant est, de ce point de vue, assez comparable à celui de l'aumônier militaire : il porte le même uniforme que les autres militaires, mais il ne fait pas partie de la chaîne du commandement. Qu'il soit intervenant spirituel ou aumônier, l'accompagnant doit rester sur une ligne de crête.* »

La spiritualité vue de Suisse

Théologienne protestante, aumônier au Centre hospitalier universitaire du Canton de Vaud (CHUV) à Lausanne, Cosette Odier participe depuis plusieurs années à la formation et à la supervision des accompagnants spirituels, notamment dans le monde des soins de santé. Elle fait à son tour le point sur l'évolution des rapports à la spiritualité ou à la religion dans la société suisse.

Entre les religions ou les Églises et l'État, la relation diffère d'un État à l'autre au sein de la Confédération helvétique. Dans le canton de Vaud, la nouvelle Constitution (2003) précise deux principes : « 1) *L'État tient compte de la dimension spirituelle de la personne humaine.* 2) *Il prend en considération la contribution des Églises et communautés religieuses au lien social et à la transmission de valeurs fondamentales.* » (art. 169) L'État reconnaît à ce titre l'Église évangélique réformée, l'Église catholique romaine et la communauté israélite. Cette reconnaissance implique l'allocation de moyens nécessaires aux Églises ou communautés religieuses reconnues. Mais l'État vaudois ne prend plus en charge la rémunération des pasteurs.

Qu'en est-il de l'approche spirituelle dans le monde des soins ? Il s'agit d'abord de mettre la personne du patient est au centre, souligne C. Odier. Non seulement l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a réaffirmé, dans la Charte de Bangkok (2005), le droit à la santé comme « *un droit des droits fondamentaux de tout être humain sans discrimination* », mais elle précise que « *la promotion de la santé [...] offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel.* » La Charte de Bangkok élargit donc le modèle bio-psycho-social à la spiritualité.

Bien que la spiritualité soit de plus en plus conçue comme englobant la religion, le monde soignant garde encore l'habitude de relier spiritualité et rites religieux, remarque C. Odier. Aussi un groupe de travail, composé de médecins, de soignants et d'aumôniers, a-t-il été mandaté officiellement dans le canton de Vaud pour faire le point sur la spiritualité dans les institutions sociales⁴. En ce qui concerne l'évaluation des besoins spirituels, le groupe de travail a privilégié la définition mise au point par Étienne Rochat, pasteur de l'aumônerie du CHUV : « *La spiritualité de la personne hospitalisée est définie par la cohérence singulière qu'elle donne à connaître lorsqu'elle déclare son sens à l'existence, manifeste ses valeurs et désigne sa transcendance. Cette cohérence fonde son identité.* »⁵

Une telle définition est essentielle pour dépasser les représentations figées ou cloisonnées. Les patients hospitalisés proviennent, en effet, d'horizons très divers. En Suisse, selon une étude sociologique de 2011, coordonnée par le professeur Jörg Stolz, seuls 17 % de la population restent attachés à la foi chrétienne et à la pratique ecclésiale. La plupart des gens (64 %) ont pris leur distance par rapport à la religion portée par les institutions qui la leur ont transmise ; ces « *distancés* » gardent des représentations religieuses, mais n'y pensent pas ou n'en vivent pas, sauf en situation de crise ; ils se situent tout autant à distance de la laïcité, dont les adhérents (10 %) sont soit indifférents à la religion, soit antireligieux. Reste 9 % de citoyens, qui adhèrent à d'autres types de croyances et de pratiques spirituelles, dites « *alternatives* ».

Les accompagnants spirituels au CHUV de Lausanne

En ce qui concerne le rôle des accompagnants spirituels dans le cadre spécifique du CHUV (1300 lits), Cosette Odier fait ressortir cinq aspects, qui représentent autant de défis.

- Le travail des accompagnants est rémunéré par les Églises mais aussi par l'hôpital. Le responsable dépend de la direction des soins. Ces dispositions dépendent de la législation ; c'est dire l'importance des lois. Le travail se fait dans une grande solidarité oecuménique. Mais le cahier des charges implique une gestion délicate des tâches et des responsabilités. Le défi est de rester centré sur le patient.

[4] Voir : Armin KRESSMANN, *La spiritualité et les institutions. Rapport sur la spiritualité dans les institutions sociales vaudoises*, Lausanne, 2009 [www.ethikos.ch/wordpress/wp-content/uploads/2011/02/rapport_spiritualite_inst.pdf].

[5] Cette définition a été conçue en fonction d'une d'évaluation structurée de la spiritualité, intégrant quatre dimensions : Sens, Transcendance, Identité, Valeurs. D'où le nom STIV donné à cette grille d'évaluation. Elle a été testée par une équipe de l'Université de Lausanne comme « *outil d'évaluation de la détresse spirituelle* » ; d'où son nom SDAT en anglais ; cf. Stefanie MONOD et al., « *The Spiritual Distress Assessment Tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons* », dans *BMC Geriatrics*, 2010, 10:88 [www.biomedcentral.com/1471-2318/10/88].

- La formation des accompagnants, assurée par C. Odier, qui est payée par l'hôpital, s'inspire des grands axes de l'Éducation Pastorale Clinique. Elle vise à promouvoir : 1) une connaissance du milieu et de la langue ; 2) une capacité d'écoute centrée sur la personne ; 3) une capacité de réfléchir à la pratique ; 4) une capacité d'aborder la dimension spirituelle. Le défi est double : contribuer à l'acquisition de compétences en accompagnement spirituel ; sensibiliser les soignants à la dimension spirituelle.
- Les accompagnants sont aussi impliqués dans des projets de recherche. Le défi est de mettre une documentation appropriée à la disposition des Églises et de l'institution hospitalière.
- La collaboration entre le CHUV et l'Université est précieuse. La spiritualité n'étant le monopole de personne, le défi est favoriser la confrontation entre expertise et expériences de terrain.
- Les liens avec les Églises sont également importants, le défi étant d'éviter les « batailles de pouvoir » autour du spirituel.

Les intervenants en soins spirituels au Québec

Au Québec, les « intervenants spirituels » dans le réseau public des soins de santé se situent dans un cadre non confessionnel ou neutre. Ce cadre réglementaire est d'abord régi par la « *Loi sur les services de santé et les services sociaux* », qui est de compétence provinciale. Son article 100 stipule : « *Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels [...]* ».

Cette loi, commente Guy Jobin, prescrit donc aux institutions de tenir compte des besoins spirituels de chacun. Mais sans fournir de repère et ni stipuler d'obligation d'accompagnement. Ces dispositions plus concrètes relèvent du pouvoir exécutif. Elles ont été fournies en 2010 par des « *Orientations ministérielles pour l'organisation du service d'animation spirituelle en établissements de santé et de services sociaux* ». Deux objectifs sont assignés aux institutions : énoncer et faire connaître la mission d'un service d'animation spirituelle ; établir les grands paramètres d'organisation nécessaire à une politique spirituelle de qualité.

Sur le terrain, c'est donc à chaque établissement de soins de santé qu'il appartient de mettre sur pied un service d'animation spirituelle. Le principe est acquis, mais la réalité peut varier d'un établissement à l'autre. Le passage récent de services créés auparavant en vue d'une animation pastorale à des services d'animation spirituelle signifie un changement majeur. Changement que reflète d'emblée le titre donné à la fonction des animateurs engagés dans le service comme employés du ministère de la Santé : ce ne sont plus des aumôniers ou des animateurs pastoraux, mais des « intervenants en soins spirituels ». Tout intervenant peut certes, à titre personnel, se rattacher à une tradition religieuse ou spirituelle particulière. Et rien n'empêche les divers milieux de proposer l'engagement de certains intervenants sur la base du budget disponible. Mais le service d'animation spirituelle en tant que tel est non confessionnel, neutre, sans souci obligatoire d'équilibre entre les différentes traditions dont les animateurs sont issus.

Dans la plupart des services, il est possible de faire appel à un ministre du culte (prêtre, pasteur, rabbin, imam...), mais la majorité des intervenants en soins spirituels sont des laïcs, hommes ou femmes. Il y a une diversité de rites possibles. Cependant, le rite n'est plus, comme par le passé, le cœur ni l'objectif de la démarche des intervenants. Celle-ci est d'abord conçue en fonction de la personne accompagnée : « *on est passé de l'intervention rituelle à la relation d'aide* », commente Guy Jobin.

Le rôle de l'animateur spirituel, qui peut être membre d'une équipe interdisciplinaire, comporte divers aspects. : visiter des patients, accompagner l'usager, répondre à ses besoins spirituels, entretenir des liens avec des autorités religieuses, offrir un soutien moral, participer à l'éducation multidisciplinaire, organiser des activités spirituelles ou encore être une personne ressource pour des questions éthiques ⁶.

Une double formation est requise : un baccalauréat en théologie ou en sciences religieuses ; une formation spécialisée à l'intervention en soins spirituels. Mais à la différence de ce qui existait jusqu'en 2010 pour les aumôniers d'hôpitaux, le statut de l'intervenant en soins spirituels n'implique plus de mandat pastoral.

[6] Des intervenants spirituels sont aussi engagés, selon les mêmes règles, dans des centres de réadaptation, dans des maisons de repos et de soins, dans des centres locaux de services communautaires (intégrant aide sociale et santé).

Les défis vus depuis le Carrefour spirituel à St-Luc

En Belgique, c'est une circulaire de 1973, émanant du ministre de la Santé publique, qui définit les normes en matière d'« assistance morale, religieuse ou philosophique aux patients hospitalisés ». Ces normes visent à garantir le droit du patient à être soutenu dans ses convictions propres et dans leur expression. À cette fin, elles réservent l'accès au patient hospitalisé à des « ministres » du culte, clercs ou laïcs, mandatés par les autorités des six cultes reconnus ou à des conseillers laïques délégués par le Conseil central de la laïcité.

Moyennant ce mandat, la fonction de représentant religieux ou de conseiller laïque auprès des patients est reconnue par le ministère et par les hôpitaux, mais la rémunération est laissée à la discrétion de ces derniers. Une équipe d'aumônerie, par exemple, peut compter des membres rémunérés à temps partiel par un hôpital ; les autres sont des volontaires. La reconnaissance par l'autorité publique et par l'institution locale constitue « un double cadre à la fois porteur et fragile », commente Guibert Terlinden. Surtout que le formulaire à remplir (sans obligation) par le patient, dès l'entrée à l'hôpital, pour bénéficier d'une « assistance » d'ordre spirituel, est inadapté : à peine 0,2 % des patients hospitalisés à St-Luc l'utilisent.

Comment G. Terlinden a-t-il vécu l'évolution récente ? « *Le souci de garantir au patient hospitalisé un droit constitutionnel (la liberté de conviction et de religion) évolue vers le souci de préserver le droit de l'utilisateur ou du client d'un service. La spiritualité tend à être repoussée dans la sphère privée, parce qu'elle a été coupée d'une tradition. Y compris dans l'expérience de la souffrance. Il y a donc une panne de symbolisation.* »

Dans le contexte pluraliste d'aujourd'hui, note G. Terlinden, « *le premier défi est l'accueil inconditionnel de chacun en son chemin, dans son épaisseur d'humanité. Il s'agit de s'ouvrir à tout homme et au tout de l'homme. Dans le pluralisme, chacun reste situé. Un aumônier catholique, comme tout accompagnant spirituel, a ses racines propres, tout en étant au service de tous. Sa proposition d'accompagnement se situe d'emblée hors champ par rapport au soin : elle s'adresse à un être humain, qui ne se réduit pas à sa position de patient ; et elle porteuse d'une tradition de sens qu'il importe d'articuler avec celle du patient. Des récits s'articulent et cette articulation est en rupture narrative par rapport à une logique qui serait purement médicale ou psychologique.* »

Le coordinateur du Carrefour spirituel de St-Luc ajoute aussitôt que tout accompagnant spirituel, sachant qu'il n'a pas le monopole du sens, se doit de partager son attention au spirituel avec les soignants : « *Eux aussi peuvent être révélateurs de ce qu'il y a de plus intime en soi.* » C'est aussi dans cet esprit que le Carrefour spirituel se veut un lieu de passage, offert non seulement au patient mais au « passant » : « *Le spirituel sera donc ce que chacun en fera, dans l'écoute ou dans l'échange de paroles. Sans pourquoi. Dans le mystère insondable d'une rencontre. Pourvu que chacun puisse boire à la margelle de son puits.* »

Dans ce lieu pluriel comme dans le contexte pluraliste plus large, conclut G. Terlinden, « *personne n'arrive comme s'il était né sans bagage. Chacun est identifié comme étant situé dans une tradition, habité par elle. Plus chacun parle sa langue, plus le dialogue suppose qu'on soit au moins bilingue.* »

La spiritualité en réseaux

Deux initiatives nouvelles sont brièvement présentées aux participants du colloque.

Les éditions Lumen Vitae ont lancé, en 2011, une nouvelle collection « Soins et Spiritualités ». Elle vise à promouvoir une réflexion critique et accessible sur l'intégration de la spiritualité dans les approches et les pratiques du monde de la santé, ainsi que sur l'accompagnement spirituel. Le site de cette collection, coordonnée par Serena Buchter, devrait favoriser un réseau d'échanges sur les sujets abordés ⁷.

De son côté, Dominique Jacquemin, professeur d'éthique à la Faculté de Théologie de l'UCL, coordonne le Réseau international de recherche en éthique, spiritualité et soins palliatifs (RIRESP). Initié en 2012, ce réseau entend servir l'information et la formation sur des projets liés à l'éthique et à la spiritualité en lien avec les soins palliatifs. Il encourage des thèses de doctorat en éthique et soins palliatifs, attentives à l'approche spirituelle. Le réseau organise également deux journées de formation par an ⁸.

[7] Renseignements : www.soinsetspiritualites.org ; courriel : serena.buchter@lumenvitae.be.

[8] Renseignements : www.uclouvain.be/454336.html.

Une grande attente de formation spirituelle

La deuxième partie du colloque est consacrée à des ateliers de réflexion, où le lien entre spiritualité et soins est abordé sous différents angles, au choix des participants. Un écho de ces ateliers est restitué lors d'un panel général. Le souci d'une formation à l'approche spirituelle y est particulièrement réaffirmé.

La spiritualité, Ignace Nivyayo, prêtre et théologien venu de Dinant, peut en témoigner comme patient. Il y a puisé, dit-il, la force de traverser l'épreuve d'un séjour de plusieurs mois à l'hôpital.

Nécessité d'une formation ? Guy Jobin y tient beaucoup comme théologien à l'Université Laval. Mais il pense d'abord à l'ouverture d'esprit. *« Le patient qui désire se confier doit pouvoir choisir la personne à qui il voudra se confier. Il arrive que la première personne qui l'écoute soit un membre du service de nettoyage ! »*

« Le spirituel est tout sauf une affaire de spécialiste, enchaîne Roseline de Romanet, infirmière à la Maison médicale Jeanne Garnier (Paris). C'est une dimension constitutive de l'être humain. Mais on peut la vivre diversement, sous un mode religieux ou non. Dès que l'on réfléchit à son espace intérieur, un ajustement est nécessaire : on ne parle jamais du spirituel deux fois de la même manière. Il est donc très important de sensibiliser les soignants à leur propre expérience spirituelle : on ne reconnaît que ce que l'on connaît déjà. »

Faut-il que l'approche spirituelle soit incluse, dès les premières années, dans la formation des futurs médecins ? Vice-recteur aux affaires médicales à l'UCL, le professeur Jacques Melin exprime ses doutes : *« La spiritualité demande tout de même une certaine maturité. Or, les trois quarts des étudiants en médecine s'engagent dans un long parcours visant des spécialisations. Ne vaut-il pas mieux reporter à plus tard une formation à l'approche spirituelle, en travaillant à partir de cas concrets tirés de la pratique. Une telle formation serait d'autant plus profitable qu'elle réunirait différents acteurs professionnels (médecins, infirmières, psychologues et autres soignants, travailleurs sociaux...) ainsi que des accompagnants bénévoles. »*

L'exigence de maturité laisse cependant perplexe Pauline Chauvier, psychologue en gériatrie : *« Si la spiritualité dépend d'un niveau de maturité, alors il y a déjà des enfants très matures en spiritualité ! »* Elle se montre aussi sceptique devant la demande d'une formation spirituelle pour les psychologues. *« L'approche psychologique envisage plutôt la spiritualité comme une fonction. Le psychologue peut certes se trouver dans un rôle de thérapeute. Mais l'expérience spirituelle, comme telle, ne fait pas l'objet d'un soin. »*

Le professeur Parla Astarci, chirurgien cardiaque à St-Luc va jusqu'à dire, avec sa sensibilité musulmane : *« La spiritualité ne s'apprend pas. Elle est dans l'art d'aborder l'humain. Le chirurgien n'opère pas un être humain comme on répare un ordinateur. Personnellement, je rentre dans la maladie par la spiritualité. La maladie étant une épreuve, comment la traverser au mieux ? Pour moi, la spiritualité est religieuse, mais pluriculturelle. »*

Guy Jobin revient dès lors sur sa distinction antérieure : *« Un souci abondamment partagé dans ce colloque est de former les soignants à rencontrer la dimension spirituelle. Mais la formation à l'intervention spirituelle, c'est autre chose. Ce qui importe, dans le monde du soin, c'est d'abord de ne pas ranger la question sous le tapis. Même avoir le sentiment de vivre l'absurde, c'est vivre quelque chose de spirituel ! »*

La référence soudaine à l'absurde fait rebondir un écho des ateliers. Qui a osé parler de la joie comme d'un *« outil à reconnaître »* ? Marc Desmet, médecin jésuite, responsable des soins palliatifs à l'hôpital Jessa de Hasselt, assume volontiers le propos. *« Un regard sombre et moralisateur porté sur la détresse d'un patient contribue à l'y enfermer. Autre est l'attitude qui perçoit une souffrance spirituelle et y lit un rétrécissement intérieur. Donner la parole permet alors d'élargir l'espace qui s'était rétréci et cela rend heureux. »*

Invité à conclure le panel, Nicolas Pujol, auteur d'une récente thèse de doctorat en éthique médicale et en sciences des religions⁹, préfère relancer la question de fond : *« Qu'est-ce que la spiritualité ? Le sujet est complexe. Mais il s'agit moins d'une affaire de spécialiste que d'une écoute, d'une attention, non seulement au patient, mais à l'être humain, dans toute sa dignité. Cela implique des compétences. Mais pas seulement. La spiritualité exige tout un travail sur soi. Il y va finalement d'une qualité du regard porté sur la vie. »*

Compte rendu : Jean-Philippe DEPRez

[9] *Spiritualité et cancérologie : enjeux éthiques et épistémologiques d'une intégration* (2014) [www.theses.fr/2014PA05D015]