

**Rapport**  
**présenté au Groupe Label CTR par le**

**Groupe de Travail**  
**sur la prise en compte de la dimension spirituelle**  
**chez les personnes hospitalisées en CTR.**

**Présidence du Groupe : M. Pasteur Etienne Rochat, aumônier**

## TABLES DES MATIERES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b>	
1.1	Préambule	3
1.2	Quelques mots sur l'origine du GT spi/C(U)TR	3
1.3	Questions auxquelles ces travaux veulent répondre	3
1.4	Les hypothèses concernant les effets de l'accompagnement spirituel dans la démarche de soin	4
1.5	Méthodologie	5
<b>2</b>	<b>ETABLISSEMENT DE QUELQUES PRINCIPES FONDANT L'EVALUATION ET L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUELS DES PERSONNES HOSPITALISEES EN C(U)TR.</b>	
2.1	Les intuitions et les expériences des membres du groupe	5
2.2	Etablissement de cinq principes	6
<b>3</b>	<b>PROBLEMATISER ET INSTRUMENTALISER LE CONCEPT DE SPIRITUALITE</b>	
3.1	Travail de problématisation	7
3.2	Travail d'instrumentalisation	8
	3.2.1 Principe général	8
	3.2.2 Instrumentalisation de la dimension spirituelle de la personne hospitalisée	8
	3.2.3 Schéma récapitulatif	9
<b>4</b>	<b>L'EVALUATION SPIRITUELLE ET L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL DE LA PERSONNE HOSPITALISEE</b>	
4.1	L'évaluation spirituelle	
	4.1.1 Les pathologies de la sphère spirituelle de la personne malade	10
	4.1.2 Tableau récapitulatif	11
	4.1.3 Les buts des évaluations spirituelles de type 1 et 2	11
	4.1.4 Proposition de guides	12
	4.1.5 Buts de l'utilisation de ces guides	12
4.2	L'accompagnement spirituel	13
<b>5</b>	<b>PROCHAINES ETAPES</b>	13
5.1	Suites que les membres du groupe veulent donner à ce travail	13
5.2	Aspects principaux d'une formation des soignants à l'accompagnement spirituel	13
<b>6</b>	<b>CONCLUSIONS</b>	14
6.1	Eléments de réponses aux questions de départ	14
6.2	Conclusions générales	14
	<b>COMPLEMENTS 4 DOSSIERS</b> (publiés sous la responsabilité de leurs auteurs)	
A	Relations psychiatres/psychologues et aumôniers (M. le Pasteur E. Rochat)	15
B	Chaire, religion, spiritualité et santé (M. prof. R. Lemieux)	17
C	Allocution lors du lancement de la chaire (M. prof. R. Lemieux)	19
D	L'esprit (M. Dr E. Rivier)	22
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	25
	<b>GUIDES 1 ET 2</b>	26

## **RAPPORT**

### **1. INTRODUCTION**

#### **1.1. Préambule**

Le présent rapport a été rédigé et adopté par tous les membres du groupe ayant travaillé sur la prise en compte de la dimension spirituelle chez les personnes hospitalisées en C(U)TR (ci-après GT spi/C(U)TR).

Les travaux ont démarré en date du 19 décembre 2002. En 2003 et 2004, le GT spi/C(U)TR s'est réuni 14 fois au CUTR de Sylvana, sous la présidence d'Etienne RoCHAT, pasteur aumônier. Trois séances de sous-groupes ont aussi eu lieu pour le développement de points particuliers.

#### **1.2. Quelques mots sur l'origine du GT spi/C(U)TR**

Le Dr Beachler, médecin chef du CTR de Chamblon (Yverdon) a transmis aux membres du groupe Label CTR son souci de formaliser l'accompagnement spirituel des personnes hospitalisées en CTR. Son vœu était de créer un GT interdisciplinaire qui établirait des bases théoriques et pratiques de cet accompagnement « en dehors » de tout déterminisme religieux.

Par ailleurs, les exigences des divers SPEQ utilisés dans les travaux des CTR, en vue de leur certification, ont aussi incité les Directions à demander une mise à jour des activités des aumôniers.

#### **1.3. Questions auxquelles ces travaux veulent répondre**

Ces travaux ont pour but de répondre aux questions suivantes :

- que signifie « accompagner spirituellement » les personnes malades ?
- pourquoi et en vue de quoi le faire ?
- comment le faire (est-ce une simple affaire de bon sens, d'écoute et de proximité ou est-ce des connaissances et des compétences à acquérir au travers d'une formation) ?
- comment conceptualiser et instrumentaliser le concept de « spiritualité » dans le contexte des institutions de santé ?
- comment permettre aux équipes de soins de se transmettre des informations spécifiques qui permettent un relais et un suivi efficaces ?
- quelles différences entre accompagnement spirituel et suivi psychiatrique et/ou psychologique dans les institutions de santé<sup>1</sup> ?

---

<sup>1</sup> Cf. complément n° 1

#### 1.4. Les hypothèses concernant les effets de l'accompagnement spirituel dans la démarche de soin.

Les expériences des membres du groupe nous permettent d'énoncer les hypothèses suivantes sur les effets attendus de l'accompagnement spirituel des personnes hospitalisées :

<b>L'accompagnement spirituel devrait conduire à :</b>	
<b>hypothèses ...</b>	<b>... en lien avec</b>
Humaniser les soins	la personne hospitalisée / le patient / les proches
Favoriser une prise en charge globale	la personne hospitalisée et l'équipe de soins
Améliorer la communication	la personne hospitalisée et l'équipe interdisciplinaire
Clarifier les attentes spirituelles dans la prise en charge	la personne hospitalisée et l'équipe interdisciplinaire
Mobiliser les ressources dites spirituelles pour mieux intégrer la maladie / la crise	la personne malade
Augmenter le bien-être	la personne hospitalisée
Favoriser un retour plus rapide à l'autonomie (gain économique si diminution de la durée de séjour)	l'institution, la société
Clarifier les enjeux éthiques <sup>2</sup> dans la prise en charge	La personne hospitalisée, les proches et l'équipe interdisciplinaire

Les termes « humaniser », « autonomie », « bien-être » sont choisis parce qu'ils recouvrent un grand nombre d'autres termes fréquemment utilisés dans le contexte du « soutien » à la personne hospitalisée ; nous donnons quelques exemples ci-dessous :

- humaniser<sup>3</sup> ; ce terme recouvre des expressions telles que : « donner du réconfort, de la force, du courage », « faire baisser la souffrance ».
- autonomie ; en plus de sa signification classique (droit de l'individu de se gouverner soi-même, de déterminer librement les règles auxquels il se soumet), ce terme recouvre notamment le fait de « restaurer » des compétences humaines, ou encore de permettre à la personne malade de « réorganiser » tout ou partie de son existence, de se prendre en charge dans le but de réfléchir à son avenir, de réactualiser son réseau
- bien-être : le terme fait référence de façon plus précise au fait pour la personne d'éprouver un sentiment de « sécurité », ou d'être reconnue comme individu.

Cette première démarche montre d'emblée le caractère flou des concepts véhiculés, les nombreuses interfaces entre les différentes approches qu'elles soient sociales, psychologiques ou spirituelles, avec une difficulté majeure, à savoir l'établissement d'une communauté de langage<sup>4</sup> pour définir le soutien spirituel.

Nous reprendrons cette question cruciale dans la partie 4 du présent rapport.

<sup>2</sup> Le lien entre l'éthique dans les soins et la dimension spirituelle de la personne malade est bien montré dans l'article : Doucet Hubert, De l'éthique au spirituel, in revue Théologique vol 2, 17 – 31, 2001

<sup>3</sup> Cf. complément n° 2

<sup>4</sup> Cette problématique majeure est bien évoquée dans l'article de : B.M. Mount et alii, Spirituality and Health : Developing a Shared Vocabulary, Annals RCPSC, vol 35, n° 5, p303-307, 2002

## 1.5. Méthodologie

Pour remplir le mandat fixé et pour répondre aux questions ci-dessus, les membres du GT ont décidé de suivre la méthodologie<sup>5</sup> suivante :

- Recueillir les intuitions et expériences des divers membres du groupe afin d'établir une liste de principes servant de base aux travaux.
- A partir de ces principes, et à l'aide d'une revue de littérature sur le sujet, établir une problématisation puis une instrumentalisation du concept de spiritualité.
- De faire des propositions au groupe Label CTR pour la formation des soignants à l'évaluation et à l'accompagnement spirituel, et à la transmission ciblée d'informations concernant cet accompagnement.
- D'entreprendre dans les CTR intéressés des travaux de validation des propositions de formation et des documents d'évaluation et de transmission.
- De mettre en place des indicateurs et des standards « Qualité » structurant une telle démarche.

## 2. ETABLISSEMENT DE QUELQUES PRINCIPES FONDANT L'EVALUATION ET L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUELS DES PERSONNES HOSPITALISEES EN C(U)TR

### 2.1. Les intuitions et les expériences des membres du groupe

Notre première phase de travail fut inductive. Elle a permis de constater que les membres du groupe étaient riches d'intuitions et d'expériences qui ont grandement influencés la suite des travaux. La mise en commun de ces dernières a fait émerger une liste d'exigences liées à une prise en charge de la dimension spirituelle de la personne malade.

Citons quelques exemples de ces exigences :

- reconnaître que la personne malade possède un savoir sur elle et sur sa maladie utile à sa prise en charge
- aller à la rencontre de ce savoir dans le cadre d'un partenariat entre le patient et le soignant
- pratiquer une « anamnèse spirituelle »
- reconnaître l'impossibilité de réduire l'expérience spirituelle de la personne malade à ses liens avec sa religion d'origine.
- réintroduire la finitude humaine dans le dialogue soignant-soigné.
- penser la différence entre soigner et guérir.
- reconnaître les liens entre la guérison et un équilibre/bien-être global.
- reconnaître la pertinence du développement des soins palliatifs qui a permis l'ajout du terme « spirituel » à la vision bio-psycho-sociale antérieure de la personne malade.

Cette mise en commun a aussi montré que les membres du groupe étaient d'accord de situer l'origine de ces questions et la nécessité de ces travaux dans la crise du religieux<sup>6</sup> (et des institutions

---

<sup>5</sup> Cf. complément n°3

<sup>6</sup>Lors du recensement fédéral de la population suisse en l'an 2000, 42% de la population déclare appartenir à l'Eglise catholique romaine, 33% à l'Eglise évangélique réformée, 2% aux Eglises évangéliques, 2% aux Eglises orthodoxes, 0,2% aux catholiques chrétiens, 4% sont musulmans, 1% sont Hindous ou Bouddhistes, 0,2% déclare appartenir à la communauté juive, 11,1% des personnes se déclare sans religion (7,4 % en 1990). Source : journal 24heures du vendredi 31 janvier 2003.

religieuses) en Occident entraînant la perte ou tout au moins l'affaiblissement de repères religieux et/ou

spirituels dans les institutions laïques (hôpitaux, écoles, prisons, etc.), et dans l'apparition, comme un corollaire, d'un pluralisme culturel et d'un élargissement du religieux dans les sociétés occidentales.

Les membres du groupe relevaient aussi l'ouverture des soignants à d'autres dimensions de la personne malade nécessitant des soins autres que techniques. Cette ouverture est le fruit de récentes prises de conscience sur les limites de la médecine actuelle, vécue souvent comme trop technique et déshumanisante.

## **2.2. Etablissement de cinq principes**

Un travail de systématisation a permis l'établissement de cinq principes que tous les membres du groupe reconnaissent comme base de nos travaux :

- Nous distinguons spiritualité et religion ; nos travaux sont donc basés sur un concept de spiritualité qui n'est pas directement lié à l'une ou l'autre religion. En d'autres termes, ce premier principe établit la distinction de « la dimension spirituelle » de la personne humaine de son éventuelle appartenance religieuse.
- Nous mettons en lien direct cette dimension spirituelle avec la vision bio-psycho-sociale et spirituelle de la personne humaine dispensée dans les établissements de soins. Cette vision a pour conséquences de reconnaître à chaque personne (en dehors de toute appartenance religieuse) une « dimension spirituelle » et de considérer que le bien-être global de la personne humaine est le résultat d'un équilibre conservé ou reconstruit entre les diverses composantes de ce système<sup>7</sup>. Le soutien spirituel de la personne hospitalisée fait donc partie intégrante des soins dans les établissements de santé et doit être conduit en lien avec ses besoins.
- Tous les membres de l'équipe interdisciplinaire sont concernés par la prise en compte de cette dimension spirituelle, et comme toute intervention auprès des personnes malades, le soutien spirituel fait appel à des connaissances et des compétences que les soignants se doivent d'acquérir.
- Le soutien spirituel est toujours donné dans le cadre d'une relation entre deux « je<sup>8</sup> » ; (rationalité sujet-sujet<sup>9</sup>, différente de la rationalité sujet-objet). La conséquence principale de ce principe est qu'un des buts principaux de la formation des soignants sera d'acquérir une bonne connaissance de soi ; (parcours spirituel, représentations et sens du monde, de la mort, etc.).
- La finalité du soutien spirituel (c'est-à-dire les résultats escomptés une fois les objectifs spécifiques atteints) est congruente avec les finalités des autres démarches de soins. En d'autres termes, le

---

<sup>7</sup> Citons ici la définition de la santé de l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

<sup>8</sup> Rencontre de deux « je » : pour bien comprendre cette notion il faut souligner en premier lieu qu'il s'agit d'une métaphore : si je peux filmer la rencontre de deux personnes, je ne puis à proprement parler filmer la rencontre de deux « je ». Le terme de rencontre signifie ici clairement l'établissement d'une relation au sens d'un lien, d'un échange, d'un engagement. Si la notion du « je » dans le langage habituel fait référence au noyau de la personne, à son unicité (cf le théâtre cartésien (Dennett DC), voir aussi complément n°4 dans la section n°2), le « je » fait surtout référence à cette propriété étonnante du cerveau qui est de parler et d'agir à la première personne. S'exprimer en « je » fonde la spécificité de la relation chez l'homme. Elle se distingue radicalement de l'approche bouddhique, pour laquelle le « je », illusoire, est la source de la souffrance (voir encore Varela 1992). En particulier le Traité du Milieu, de Nagarjuna, cité par Varela, démontre l'absence de nature propre de tous les phénomènes extérieurs et intérieurs.

<sup>9</sup> A ce sujet, Rosselet François, Prise en charge spirituelle des patients : la neutralité n'existe pas, in Revue médicale de la suisse romande, n°122, p175-178, 2002

but spécifique de l'accompagnement spirituel se doit d'être intégré dans la démarche de soins établie par l'équipe interdisciplinaire.

### 3. PROBLEMATISER ET INSTRUMENTALISER LE CONCEPT DE SPIRITUALITE

#### 3.1. Travail de problématisation

La littérature récente montre que le terme de « spiritualité » a reçu beaucoup de définitions. Ces dernières visent toutes un même but, dire une partie essentielle de la personne sans référence directe à son appartenance religieuse, notamment le concept d' « esprit<sup>10</sup> ».

Voici trois exemples de définitions à partir desquelles le groupe à travaillé :

- Elle peut être définie comme le fait d'avoir une relation dynamique et personnelle avec Dieu. Ce qu'une personne considère comme la chose la plus importante dans la vie peut être considérée comme son dieu, c'est-à-dire le centre et le but de son temps et de sa vie.
- Canadian nurse 1980
- Ensemble des croyances et des pratiques propres à l'esprit et à l'âme.
- Riopelle & alii, S.I. un modèle centré sur les besoins, éd. Mac Graw Hill, Québec 1984
- « ... au-delà du langage, du rituel, de la religion, le spirituel est cet espace en soi secret où chacun construit le sens de sa vie, en s'interrogeant sur sa présence au monde et une transcendance possible. Le spirituel est notre identité originelle comprenant une dimension immanente à la personne elle-même, elle permet la relation à l'autre en sentiments et en émotion, une dimension transcendante, enracinée dans l'homme, elle le relie au sacré qui l'habite ».
- Dr Claude Rougeron, cours en mars 2001 : La dimension spirituelle dans le soin.

Notre analyse de ces diverses définitions nous a amenés à considérer quatre mots clefs pour caractériser la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée :

- **sens** : ce qui oriente, la nécessité pour toute personne d'avoir une raison de vivre dans son existence.
- **valeurs** : ce qui caractérise le bien et le vrai chez la personne, ensemble de choses et d'êtres qui ont du poids dans la vie d'une personne.
- **transcendance** : rapport à l'ultime, élément(s) qui dépasse(nt) la personne, et par rapport au(x)quel(s) la personne nomme sa dépendance existentielle ;
- **identité** : cohérence singulière de la personne, résultat d'une combinatoire des trois autres éléments qui produit l'unicité du sujet qu'est la personne, tant au niveau de ses réflexions, de ses émotions, et de ses relations.

La lecture de nombreux articles<sup>11</sup> et nos discussions nous ont amenés à définir la dimension spirituelle de la manière suivante :

---

<sup>10</sup> Cf. complément n°4

<sup>11</sup> Par exemple : pour Amandarajah G. et coll. : la spiritualité est un aspect complexe et multidimensionnel de l'expérience humaine comprenant :

- des aspects cognitifs ou philosophiques incluant la recherche de sens et de vérité dans la vie, les croyances et les valeurs,

- « La dimension spirituelle de la personne hospitalisée est déterminée par le système formé des quatre termes ci-dessus. L'équilibre de ce système contribue au bien-être global de la personne ».

Cet équilibre est relié à divers modèles<sup>12</sup> de développement spirituel (plus ou moins structurés), décrits dans la littérature. Ces modèles mettent l'accent tantôt sur le rapport structurant de la personne à la **transcendance**, tantôt sur les liens entre les deux autres termes nommés ci-dessus (**sens** et **valeur**) et/avec une manière de comprendre les agissements et les raisonnements moraux/éthiques de la personne<sup>13</sup>.

Ce qui conduit à définir la spiritualité comme suit : « 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. »

## 3.2. Travail d'instrumentalisation

### 3.2.1 Principe général

Le travail d'instrumentalisation permet de passer d'un concept à un ensemble cohérent d'éléments. Ces éléments ont pour caractéristiques principales d'être évaluables indépendamment les uns des autres tout en étant inter-reliés de manière à former un tout cohérent.

### 3.2.2. Instrumentalisation de la dimension spirituelle de la personne hospitalisée

Pour rester en congruence avec les principes définis ci-dessus, nous avons choisi d'instrumentaliser la dimension spirituelle de la personne hospitalisée au travers d'un ensemble de besoins<sup>14</sup> qui composent alors sa **sphère** spirituelle.

- 
- des aspects liés à l'émotion et/ou aux expériences de vie incluant l'amour, l'espoir, la paix intérieure, la sécurité, qui sont souvent liés aux ressources personnelles, aux liens qui existent entre le moi, la communauté, l'environnement, la nature et la transcendance ( à savoir un pouvoir plus grand que le moi, Dieu, une conscience cosmique, etc),
  - des aspects comportementaux en relation avec la manière dont un individu manifeste extérieurement ses croyances et son évolution spirituelle.

<sup>12</sup> Cf. complément n°5 dans la section n°2 et citons également l'enseignement de K. G. Dürkeim (influencé par l'école Zen) et de R. Assagioli (psychiatre) repris par Mme S. Hamel sous le titre de *l'actualisation transcendante* qui se réfère à la capacité de transcender l'ego. Elle est définie comme un processus de développement de la personne (le Je) qui l'engage à vivre en lien avec le sacré ou le divin (le Soi) par l'élargissement de sa conscience (...) à partir de quatre principes : le discernement caractérisé par une perception en profondeur de la réalité, le détachement, la volonté d'être caractérisée par une reconnaissance authentique de soi et une recherche de vie simple et créative, et le dépassement du moi caractérisé par la présence aux autres, la compassion et l'engagement. La pratique de ces deux dernières attitudes ouvre notre être à l'acceptation de notre fragilité humaine, mais également à des actions créatrices et altruistes permettant de dépasser notre petit moi et d'aimer. La transcendance est l'art d'être présent sans égocentrisme (Hamel). Enfin il convient de citer les Yoga-Sûtras de Pantajali comme voie possible vers l'extase (le samadhi) (Taimni).

<sup>13</sup> **Une des grandes forces de problématiser ainsi la dimension spirituelle de la personne hospitalisée (c'est-à-dire en postulant que la dimension spirituelle de chaque individu est une sorte de combinatoire d'éléments mentionnés plus haut), est que cela permet d'une part de rendre compte de phénomènes globaux et d'autre part du vécu singulier d'une personne dans sa sphère spirituelle.**

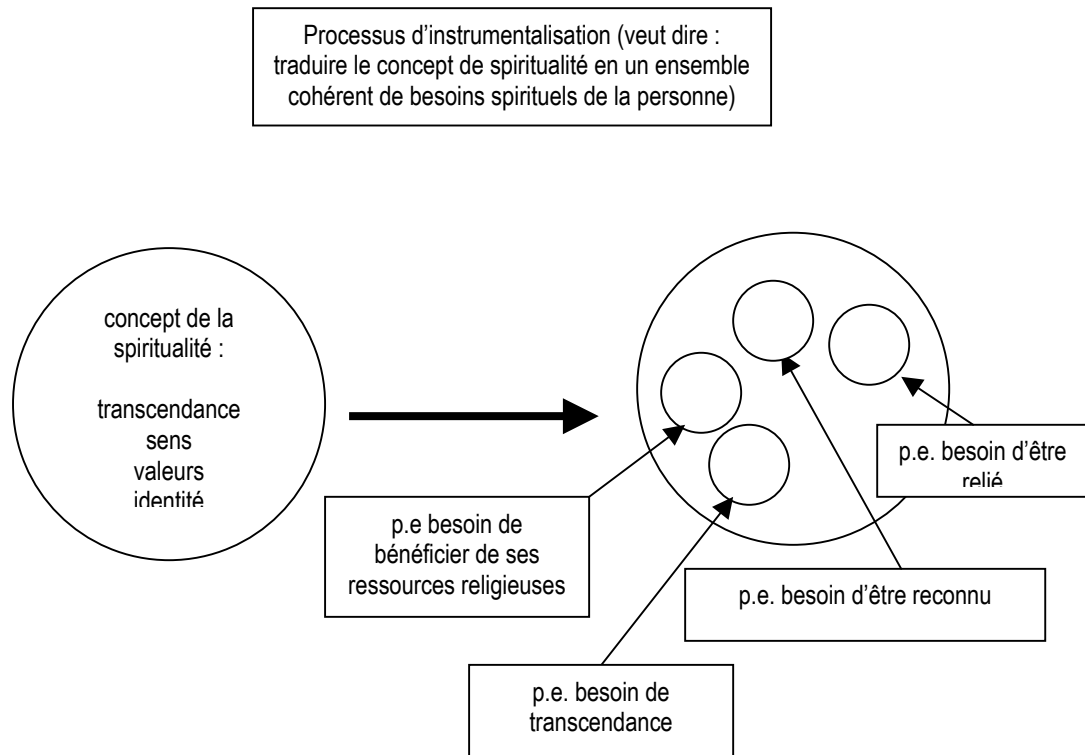
<sup>14</sup> Le terme de besoin se définit comme une exigence née de la nature ou de la vie sociale (Petit Robert) ; le besoin sous-entend la possibilité d'un manque et d'une action en vue de le combler (Rivier). Maslow AH a défini des besoins fondamentaux de survie, de sécurité, de propriété, d'appartenance, d'estime de soi, de relations d'amour et de considération qui une fois satisfaits peuvent déboucher sur un besoin qu'il appelle la réalisation de soi ou l'actualisation personnelle. « La personne qui poursuit la réalisation de soi, qui a déjà gratifié (satisfait) ses besoins élémentaires est beaucoup moins dépendante, beaucoup moins attachée, bien plus autonome et libre (...). De telles personnes sont déterminées par des motifs intérieurs et non par des influences de l'environnement ou de la société ; c'est-à-dire par les lois de leur propre nature, leurs capacités et possibilités, leurs talents, leurs ressources latentes, leur énergie créatrices, leur besoin de se connaître elles-mêmes et de devenir de plus en plus unifiées et intégrées, de plus en plus conscientes de ce qu'elles sont réellement,

En tant qu'instruments, les besoins spirituels listés (cf. tableau p....) ont donc pour caractéristiques d'être à la fois évaluable et, mis ensembles, de former un tout qui rejoint les définitions des quatre mots clefs notés plus haut.

### 3.2.3. Schéma récapitulatif

**dimension spirituelle de la personne**

**sphère spirituelle de la personne**




---

de ce qu'elles veulent réellement, de ce qu'est leur vocation ou leur destin. » (Maslow) Un besoin spirituel typique est la rencontre avec Dieu, ou l'union avec l'Ultime. Du point de vue des soins, ce serait par exemple le besoin de donner un sens à ce qui m'arrive en tant que personne hospitalisée.

## 4. L'ÉVALUATION SPIRITUELLE ET L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE

Cette partie nous a mis devant le défi de créer un langage qui définisse de manière claire et intelligible une démarche d'évaluation spirituelle et d'accompagnement spirituel. Nous avons pris conscience que le fait de relever ce défi passera **nécessairement** par une formation des soignants et des travaux de validation de nos hypothèses.

### 4.1. L'évaluation spirituelle<sup>15</sup>

Avant de proposer des buts et des guides pour l'évaluation, nous devons définir les « pathologies de la sphère spirituelle de la personne hospitalisée ».

#### 4.1.1. Les pathologies de la sphère spirituelle de la personne malade

Les membres du groupe retiennent l'idée qu'il existe des « pathologies » de la sphère spirituelle de la personne, c'est-à-dire des perturbations plus ou moins fortes vécues par cette même personne sous forme de crises et/ou de symptômes divers. Ces perturbations apparaissent lorsque des besoins spirituels ne sont pas ou plus couverts.

Les membres du groupe nomment cet état « détresse spirituelle », qui contribue à la souffrance de la personne.

Ce concept de « détresse spirituelle » a aussi fait l'objet d'un travail d'instrumentalisation.

Pour ce faire, nous sommes partis de définitions classiques de la « détresse spirituelle » :

« Etat dans lequel un individu (...) éprouve ou risque d'éprouver une perturbation à l'égard du système de valeurs ou de croyances qui lui apportent la force, l'espoir et qui donne sens à sa vie ».

Diagnostic infirmier, L.J. Carpenito, Marc Graw Hille éd., Québec, 1989

« Perturbation du principe de vie qui anime l'être entier d'une personne et qui intègre et transcende sa nature biologique et psychosociale ».

Kim, M.J., G.K. McFarland et A.M. McLane, Pocket Guide to nursing diagnosis, 4<sup>e</sup> ed., Saint-Louis, Mosby-Year Book, 1991.

De ces définitions, les membres du groupe gardent l'idée de « perturbation<sup>16</sup> ». En effet, ce terme permet de comprendre et de préciser la logique des pathologies de la sphère spirituelle de la personne malade. A savoir que lorsque le système (cf. point 3.1.) est perturbé du fait de besoins spirituels non couverts, cela provoque un état de crise et/ou des symptômes divers chez la personne hospitalisée.

---

<sup>15</sup> Il est intéressant de noter qu'il existe plusieurs échelles dans la littérature en vue d'évaluer formellement la spiritualité, il s'agit d'une vraie « anamnèse spirituelle », par exemple : the HOPE Approach (H pour Hope, O pour Organised religion, P pour Personal spirituality / Practices, E pour Effects on medical care and End-of-life issues (Annandarajah). Voir aussi Ashcraft et Craig. Le site [www.aging-religion-spirituality.com](http://www.aging-religion-spirituality.com) offre aussi une proposition de spiritual assessment. Plus proche de nous, la grille proposée en 1989 par Jean-François Noble, pasteur aumônier au CHUV.

<sup>16</sup> Pour simplifier, nous dirons que ces perturbations peuvent être liées notamment à la perte de sens, à la rupture avec « sa » transcendance, aux conflits de valeurs, à la perte de valeurs (personnes ou choses qui ont du « poids ») et donc à une crise identitaire.

#### 4.1.2. Tableau récapitulatif

concept de spiritualité	sphère spirituelle (en relation avec la maladie)	Perturbations de la sphère spirituelle
sens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin de sens</li> <li>- besoin d'avoir une raison de vivre</li> <li>- besoin d'avoir de l'information sur son affection et sur le déroulement des soins et des traitements</li> <li>- besoin d'avoir des projets</li> <li>- besoin d'avoir des repères</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perte du sens</li> <li>- être sans but</li> <li>- manque de compréhension</li> <li>- perte d'élan, démotivation</li> <li>- être désafférenté, « cassure », perte de son environnement</li> </ul>
transcendance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin de transcendance (au sens décrit plus haut)</li> <li>- besoin d'ouverture et d'authenticité</li> <li>- besoin de plénitude</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n'être plus en relation</li> <li>- perdre le contact (avec soi et le divin)</li> </ul>
valeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin d'être respecté dans son cheminement propre</li> <li>- besoin de comprendre et d'être associé aux décisions et aux actions des soignants</li> <li>- besoin d'être en lien avec sa communauté de foi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- manque d'information</li> <li>- sentiment de flou,</li> <li>- sentiment d'incertitude</li> <li>- sentiment d'être trahi</li> <li>- perte de confiance</li> </ul>
identité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin d'être aimé, d'être reconnu,</li> <li>- besoin d'être valorisé</li> <li>- besoin d'être écouté</li> <li>- besoin d'être relié (en particulier avec sa communauté de foi et les autres)</li> <li>- besoin d'avoir une bonne image de soi</li> <li>- besoin d'être « en ordre », d'être pardonné, d'être réconcilié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sentiment d'être rejeté, de n'avoir plus rien à dire, d'être un objet, un « cobaye », d'être abandonné</li> <li>- sentiment d'être coupable,</li> <li>- sentiment d'éclatement, de fragmentation du « je »</li> </ul>

#### 4.1.3. Les buts des évaluations spirituelles de type 1 et 2

Nous avons mis en évidence deux types d'évaluation spirituelle :

- **Type 1** : celle à pratiquer lors de l'anamnèse infirmière et/ou médicale dans les premiers jours d'hospitalisation de la personne.
- **Type 2** : celle à réaliser lors de temps de crise de la personne, et/ou lorsque cette dernière manifeste des symptômes de mal-être aigu.

Les buts de ces deux évaluations sont alors :

- pour le type 1, d'évaluer si la personne vit dans une détresse spirituelle ou si elle risque d'y entrer, et proposer soit un accompagnement soit des mesures préventives.
- pour le type 2, « diagnostiquer » ou dépister dans les rencontres avec la personne hospitalisée quels sont les besoins spirituels non couverts, et proposer un accompagnement.

#### **4.1.4. Proposition de guides.**

Les deux guides proposés ne sont que des exemples donnés pour illustrer une manière possible d'utiliser concrètement les propositions de ce rapport concernant l'évaluation spirituelle et ses buts.

Dans la partie 5, nous évoquons la suite à donner en vue de valider ce type de documents et de considérer comment ils pourront constituer un des éléments du dossier de soins.

- **... pour l'évaluation de type 1, annexe 1**

Pour établir ce guide, nous avons établi des thèmes et des questions pour faciliter l'évaluation de la sphère spirituelle de la personne malade.

- **... pour l'évaluation de type 2, annexe 2**

Pour établir ce guide, nous avons établi une liste de quelques symptômes qui doivent alerter les soignants sur des perturbations d'un ou plusieurs besoins spirituels chez la personne malade.

#### **4.1.5. Buts de l'utilisation de ces guides**

Les informations recueillies dans les rencontres sur la base de ces guides doivent :

- permettre une information ciblée aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire sur l'évaluation spirituelle faite avec la personne malade, l'éventuel accompagnement spirituel proposé ou les mesures préventives mises en place
- une réévaluation périodique des buts de l'accompagnement et de son effet sur la personne malade.

## **4.2. L'accompagnement spirituel**

Afin de réaliser concrètement les implications d'un accompagnement spirituel d'une personne hospitalisée, les membres du groupe ont pratiqué des jeux de rôles. Ces exercices ont confirmé les quatre aspects principaux qui caractérisent l'accompagnement spirituel, (qu'elle que soit la phase de cet accompagnement) :

- l'accompagnant doit avoir des connaissances sur lui-même (parcours spirituel, représentations et sens du monde, de la mort, etc.), et sur l'impact de ces aspects sur la relation avec la personne malade.
- l'accompagnant doit avoir des connaissances de techniques relationnelles (écoute active, etc.)
- l'accompagnant établit les modalités de l'accompagnement avec la personne hospitalisée chaque fois que cela est possible
- pour l'équipe interdisciplinaire, l'accompagnant doit être capable, sans trahir la confidentialité, de décrire les finalités de l'accompagnement (c'est à dire les résultats attendus une fois les objectifs atteints).

## **5. PROCHAINES ETAPES**

Nous avons l'impression d'être arrivés à la fin d'une première étape importante, celle d'une conceptualisation et d'une formalisation du soutien spirituel respectueuse des personnes et adaptée à notre environnement culturel.

Les quelques remarques ci-dessous veulent offrir des pistes pour les étapes suivantes.

### **5.1. Suites que les membres du groupe veulent donner à ce travail**

Nous souhaitons que le Groupe Label CTR propose à certains CTR d'entreprendre des essais à l'aide de notre modèle, et de confier à des membres de notre groupe la responsabilité de conduire ces essais en partenariat avec les responsables d'équipe.

### **5.2. Aspects principaux d'une formation des soignants à l'accompagnement spirituel**

Une des conclusion forte de nos travaux est la nécessité de donner aux soignants une formation (cf. ci-dessus) ; nous avons synthétisé les axes de cette formation comme suit :

- information sur les concepts clefs du présent rapport et sur l'utilisation des guides d'évaluation
- travail sur la connaissance de soi dans le domaine de la spiritualité et de soi en relation
- acquisition d'outils relationnels relatifs à l'accompagnement spirituel

## 6. CONCLUSIONS

### 6.1. Eléments de réponses aux questions de départ

Nous pouvons essayer maintenant de répondre brièvement aux questions que nous nous sommes posées :

- Que signifie accompagner spirituellement les personnes hospitalisées ?
- Avant tout : reconnaître la dimension spirituelle comme faisant partie de la globalité de la personne malade, l'évaluer en terme de besoins puis répondre à ces besoins dans le cadre de sa prise en charge.
- Pourquoi et en vue de quoi le faire ?
  
- Conserver et/ou restituer son autonomie au patient dans le domaine de la spiritualité et de la santé, et contribuer ainsi au projet global de l'institution visant à prendre en compte l'entier de la personne.
- Comment le faire ?
- La complexité de notions telles que l'esprit ou la spiritualité, liée au fait du caractère traditionnellement « intime » de la spiritualité nécessite une connaissance précise des termes utilisés, un langage partagé, mais surtout une « ouverture » à ce domaine sous-entendant pour le soignant un travail personnel d'approfondissement de sa propre spiritualité ou au moins un questionnement à ce propos. Une formation est nécessaire pour atteindre ces objectifs.
- Comment problématiser et instrumentaliser le concept de « spiritualité » dans le contexte des institutions de santé ?
- Poser le problème de la spiritualité dans les CTR c'est se faire l'écho de la littérature médicale qui pose la question de la spiritualité chez les patients, c'est donner une définition acceptée par tous qui utilise des termes accessibles, ceci en relation avec la maladie. L'instrumentaliser, c'est, pour ce rapport, exprimer le concept sous forme de besoins spirituels qui permet de construire une grille d'évaluation des besoins spirituels, puis de chercher à y répondre.
  - Comment permettre aux équipes de soins de se transmettre des informations spécifiques qui permettent un relais et un suivi efficaces ?La constitution d'un dossier de soins paraît la seule solution, avec une évaluation du patient selon un rythme à définir, mais au minimum une fois par semaine.

### 6.2. Conclusion générale

Arrivé au terme de notre travail, il nous semble que nous avons réussi le double défi de proposer des réponses aux questions de départ qui :

- donnent un bon aperçu de comment la littérature médicale traite actuellement les problématiques liées à la dimension spirituelle de la personne malade.
- respectent une sensibilité européenne et francophone concernant les liens entre religion, spiritualité et santé.
- permettent un développement et une recherche dans ce domaine en lien direct avec les cultures médicales et soignantes.

Nous remercions les responsables du Groupe Label CTR pour leur confiance et leurs encouragements, et nous espérons que ce rapport suscitera intérêt et enthousiasme.

Epalinges, CUTR Sylvana, septembre 2004

## COMPLEMENT A

Rédaction Etienne Rochat (texte édité sous la responsabilité de l'auteur)

Quelques mots sur les relations entre les psychiatres/psychologues et les aumôniers

La question des relations entre les aumôniers et les divers « psy » présents dans l'équipe interdisciplinaire a souvent été évoquée au sein du groupe de travail. Voici quelques pistes qui me semblent pertinentes pour réduire la complexité de ces relations.

### **Réflexions sur le champ d'action et l'identité professionnelle des psy et des aumôniers**

Historiquement, les aumôniers d'hôpitaux ont pris en charge les besoins religieux des personnes malades, notamment dans les moments proches de la fin de la vie.

Depuis une vingtaine d'années, à côté de cette pastorale traditionnelle, la crise du religieux en occident a conduit les aumôniers à développer des modèles d'intervention qui s'apparentent à ce que les sociologues de la religion nomment aujourd'hui (sans sens péjoratif) des « bricolages psycho-spirituels<sup>17</sup> ».

Ces « bricolages » traduisent les symptômes de mal-être et/ou la souffrance des personnes hospitalisées dans un langage qui n'a pas encore reçu de validation auprès des soignants, même si ces derniers l'utilisent parfois pour parler du vécu des personnes malades que la médecine hospitalière actuelle ne prend peu ou pas en compte.

La difficulté provient du fait que les « psy » hospitaliers sont souvent amenés à se prononcer sur les mêmes symptômes<sup>18</sup>, et leurs diagnostics sont naturellement différents de celui des aumôniers. D'où les appels répétés à ce que les aumôniers redisent plus clairement leur rôle et leur spécificité, sous-entendu ... qu'ils veuillent bien se recentrer sur les besoins religieux des personnes malades.

De fait, de même qu'il existe un champ religieux que nul ne conteste à l'aumônier, il existe un champ « psy »<sup>19</sup> qu'aucun aumônier ne dispute au « psy ».

Mais, nul ne peut prétendre « occuper » entièrement le terrain touchant à la souffrance et au mal-être des personnes hospitalisées, ceci d'autant plus que les personnes elles-mêmes parlent de ces réalités dans des langages autres que religieux et, souvent, ne veulent pas être accompagnées par ceux qui sont sensés s'occuper des « fous ». C'est pourquoi il existe et existera encore longtemps des « zones de recouvrements » où « psy » et aumôniers pourront faire valoir connaissances et compétences pour accompagner les personnes malades.

### **Quelques pistes pour mieux fonctionner ensemble dans l'équipe interdisciplinaire**

Je propose trois pistes susceptibles de permettre une meilleure cohabitation entre « psy » et aumôniers d'hôpital. La mise en œuvre de ces propositions me semble d'autant plus importante que notre rapport vise à un renforcement de la prise en compte des besoins spirituels des personnes hospitalisées, et donc, potentiellement, une présence accrue de l'aumônier.

---

<sup>17</sup> Je pense notamment à Françoise Champion, sociologue au CNRS.

<sup>18</sup> A ce sujet, Vincent Camus, Dépression du sujet âgé : obstacles au diagnostic et au traitement en médecine générale, in GERIATRIE PRATIQUE, vol 3, 16-19, 1999

<sup>19</sup> Celui qui touche à la prise en charge des maladies mentales et aux traitements médicamenteux.

Ces pistes sont :

- Les aumôniers et les « psy » d'une même équipe interdisciplinaire se donnent des informations sur leur travail (buts, manière de faire, etc.) auprès des personnes hospitalisées.
- Ils profitent de toutes les occasions (accompagnement d'une même personne par exemple) pour confronter leur point de vue et argumenter leur proposition d'accompagnement.
- Les responsables médicaux et infirmiers de l'équipe interdisciplinaire encouragent les échanges entre ces deux types de professionnels en exigeant régulièrement des informations sur leur travail respectif auprès des personnes hospitalisées.

**COMPLEMENT B** (texte édité sous la responsabilité de l'auteur)

**La Chaire Religion, spiritualité et santé.**  
**Université Laval, Faculté de Théologie, Québec (PQ)**

**Raymond Lemieux, professeur titulaire**

### **La contribution de la spiritualité à l'humanisation des soins de santé.**

Les rencontres que nous avons tenus avec de nombreux groupes d'intervenants ou de personnes intéressées aux problématiques contemporaines de la santé, au cours des deux dernières années, ont mis en évidence une préoccupation majeure : celle de l'humanisation des soins de santé. Les travaux commencés par la Chaire Religion, spiritualité et santé et ceux des étudiants autour de la problématique de l'accompagnement spirituel relèvent constamment, de même, les liens entre humanisation des soins, spiritualité et santé. La présente demande porte sur la préparation d'un projet de recherche sur cette question et de demandes de subventions plus importantes pour le mener à bien.

La problématique qui nous paraît s'imposer, au présent stade de nos investigations, se déroule en trois niveaux de questions, rattachant logiquement deux à deux chacun des termes de la problématique générale et situant au centre de cette dernière la question des rapports entre humanisation et spiritualité. Elle induit ainsi une hypothèse qui consiste à dire que c'est en contribuant à l'humanisation (du sujet humain et du monde) que la spiritualité contribue à la santé.

1. Santé et humanisation
2. Humanisation et spiritualité
3. Spiritualité et santé

Le premier niveau, celui des rapports entre santé et humanisation est en général celui de l'énonciation d'un constat de déshumanisation, à partir de deux observations concernant le système contemporain de santé. D'une part, on dénonce la complexité des institutions et l'envergure du système lui-même. Les symptômes des impasses rencontrées dans ce développement se manifesteraient alors dans l'oubli, sinon la négligence de la personne humaine : listes d'attentes, urgences engorgées, rareté des ressources en région, abus divers, etc. D'autre part, on accuse la nature même de la rationalité technicienne à la base du système, rationalité qui réduirait la personne au statut d'objet. Ces constats émanant de la pratique sont sans doute vérifiables mais ne nous semblent pas épuiser la question de l'humanisation, à la fois plus large et plus précise puisqu'elle concerne la capacité pour l'humain d'être responsable de son destin. L'enjeu de la recherche à ce niveau est donc d'en reformuler la problématique d'une façon à mieux contrôler le concept d'humanisation, lui redonner son envergure

philosophique tout en montrant son opérationnalité en contexte technologique et moderne, plus précisément dans les problématiques de soin. Il s'agit alors de se rattacher aux grands courants humanistes qui considèrent l'être humain comme capable de dépasser les apories et contraintes de son existence pour inscrire cette dernière dans un rapport au sens librement choisi et assumé et lui donner du sens.

Une telle position pose d'emblée le caractère organique des rapports entre humanisation et spiritualité, cette dernière représentant l'instance de ce dépassement. Le deuxième niveau est central, dès lors, parce qu'il questionne directement ces rapports. Or on sait combien le qualificatif de «spirituel» est appliqué aujourd'hui à des pratiques de tous ordres. La recherche devrait donc mettre en place des

stratégies de clarification de ces pratiques et de compréhension de leurs enjeux. Comment la spiritualité, selon ce qu'on entend par ce terme, contribue-t-elle à l'humanisation? Comment le «travail» spirituel s'inscrit-il en dimension structurelle du travail d'humanisation? Quelles stratégies de partenariat et d'accompagnement cela induit-il? Comment les traditions spirituelles reconnues peuvent-elles contribuer à ces stratégies?

Le troisième niveau concerne en conséquence les modes selon lesquels la spiritualité, ainsi inscrite dans son rapport à l'humanisation, peut contribuer au maintien ou au rétablissement de la santé. L'enjeu à ce niveau est de développer une problématique de recherche qui ne soit tributaire ni de la pensée magique, ni de la réduction de la spiritualité à une technique parmi d'autres qui serait mise en concurrence avec les autres technologies dont dispose le monde de la santé.

La présente demande concerne essentiellement la préparation présentation d'un projet d'envergure capable d'intégrer ces questions. Le plan de travail peut être résumé autour des éléments suivants :

- Première revue de littérature pour mieux en dégager les principaux axes problématiques et les pistes à poursuivre, à chacun des trois niveaux énoncés ci-haut;
- Premier travail de clarification conceptuelle de façon à situer le projet dans l'espace scientifique existant.
- Constitution d'une première équipe de chercheurs.
- Mise au point d'un calendrier de travail vraisemblable pour les prochaines années.

**COMPLEMENT C** (texte édité sous la responsabilité de l'auteur)

- **La Chaire Religion, spiritualité et santé.**  
**Université Laval, Faculté de Théologie, Québec (PQ)**
  
- **Objectifs et champs de travail.**
  
- **Raymond Lemieux, professeur titulaire**  
**Allocution lors du lancement de la Chaire, 29 janvier 2003**

Comme tous les milieux humains qui ont intégré les valeurs profondes de la modernité, le monde de la santé est fait de paradoxes: l'abnégation et la quête de sens y côtoient les scandales et les enfermements corporatifs, les plus grandes générosités s'y confondent à des impératifs de rentabilité, l'ouverture d'esprit et la créativité s'y moulent à des cadres d'efficacité stratégique à court terme. Pour paraphraser le philosophe montréalais Charles Taylor<sup>20</sup>, je dirais que c'est un monde fait de grandeurs et de misères: l'efficacité de nos technologies et de nos organisations a permis des progrès gigantesques, une amélioration des perspectives de vie et un recul de la maladie que personne ne voudrait remettre en question. Mais cette richesse, justement, est souvent concomitante de pauvreté spirituelle.

La raison en est simple: ordonnées à la poursuite de l'efficacité et des succès mesurables qui leur permettent de progresser, les organisations comme les personnes ne disposent plus ni du temps, ni de l'énergie, ni des ressources intellectuelles pour travailler au discernement de ce qui donne sens à ce progrès et partant, à leur créativité.

À partir de cette prémisse, je présenterai trois niveaux d'expertise à développer. Je le ferai d'une façon inductive, allant du plus pratique au plus théorique. Pour deux raisons. D'abord, les demandes de création de cette Chaire sont venues initialement des milieux de la pratique et ces milieux vont continuer d'être à la source de tout savoir original qu'elle pourra développer. Dès lors, deuxième raison, les objectifs scientifiques de la Chaire se comprennent mieux si on les aborde d'une façon inductive, à partir des pratiques de terrain plutôt que d'une façon déductive, qu'à partir d'un *a priori* théorique.

Le premier champ de travail de la Chaire, au plus près du terrain, est donc celui de l'accompagnement spirituel des personnes malades. C'est un champ d'une grande complexité faisant appel à des expertises relevant des disciplines de l'éducation, de la psychologie, de l'anthropologie et de la théologie pratique (sans en exclure d'autres). Ces pratiques connaissent au Québec de profondes transformations, dans le contexte de sécularisation non seulement des institutions mais des mentalités.

Le concept même d'*accompagnement* signale d'ailleurs ici une réalité émergente. Il ne connote plus l'*encadrement* assuré autrefois par la force des traditions et des institutions, il ne connote pas non plus une position de guide qui serait fondée sur des savoirs. Comme l'étymologie du mot le suggère – compagnon: *cum panem*, avec le pain – il connote une position de partage, d'échange, dans le respect de la quête de celui qui cherche sa voie. Cela a des conséquences tant théologiques qu'anthropologiques. Les accompagnateurs appartiennent à des traditions, des groupes, des Églises.

Ils affichent leurs propres croyances. Comment peuvent-ils dès lors échanger avec l'*autre*, dans la vérité de chacun. Dans la région de Québec – et je salue ici les représentants du *Service régional de*

---

<sup>20</sup> *Grandeur et misère de la modernité*, Montréal, Bellarmin, 1992, 151 p.

**CTR**  
**Centre de Traitements et de Réadaptation**

Visible sur le site « [readaptation.ch](http://readaptation.ch) »

*pastorale de la santé* – nous avons la chance de disposer d'expériences en cours depuis plusieurs années, donc d'une expertise émergente et inédite qui à elle seule aurait pu justifier la mise sur pied de cette Chaire. Il s'agira donc de formaliser de mieux en mieux cette expérience, de lui donner les outils intellectuels susceptibles d'assurer sa rigueur. Il faut lui permettre de rendre compte de ses postulats – par exemple sa philosophie d'accueil inconditionnel de l'autre –, de ses techniques et propositions de travail – par exemple l'*écoute* et de l'*empathie* qui lui sont nécessaires – bref, de sa fécondité et de ses limites.

La vocation de la Chaire est ici de mettre en lumière un *savoir issu de l'expérience*, de façon à ce que ce savoir puisse à son tour guider les expériences, dans un milieu en constant changement. Il s'agit bien d'un savoir *clinique*. L'emprunt de l'expression aux pratiques médicales représente leur identité la plus fondamentale en termes épistémologiques: c'est-à-dire un va-et-vient, un échange constant entre la théorie et la pratique, la théorie modélisant la pratique, rendant compte de ses processus et lui permettant donc de passer de l'efficacité magique au savoir éprouvé, et la pratique posant sans relâche des questions inédites à la théorie, la poussant à sortir de ses enfermements imaginaires, l'assignant au progrès et à la fécondité.

On comprendra sans peine, dans ce contexte, que le deuxième champ de travail de la Chaire soit celui des *spiritualités* contemporaines. Ce mot, *spiritualité*, fait aujourd'hui problème. L'univers spirituel contemporain est éclaté. Il faut donc développer des outils qui permettent de mieux de le comprendre dans sa complexité et son dynamisme. Les recherches effectuées depuis une trentaine d'années ont commencé à mettre lumière les structures de *l'offre* des produits de spiritualité qui, comme le remarquait le psycho-sociologue Abraham Moles dans une discussion qui se tenait ici, à Québec, il y a vingt ans<sup>21</sup>, est «plus importante aujourd'hui en Occident qu'elle ne l'a jamais été depuis l'Empire romain». On connaît cependant beaucoup moins les dynamiques de la *demande* de spiritualité.

Or les personnes malades présentent des demandes intégrées dans des *itinéraires de sens* complexes, souvent dérégulés par rapport aux traditions parce que tributaires d'un marché du sens, itinéraires qu'elles-mêmes découvrent, parfois, à l'occasion de la maladie et de l'hospitalisation qui les coupent de leurs routines quotidiennes. On voit bien l'importance, alors, de recherches approfondies à propos de ce champ des spiritualités contemporaines. D'ailleurs, le concept de spiritualité a besoin d'être questionné dans ses fondements mêmes.

Ses utilisations, contemporaines comme traditionnelles, sont extrêmement variées. Il relève de problématiques philosophiques et théologiques qui l'abordent parfois de façon antagoniste. Mais on peut aussi le concevoir d'une façon anthropologique, à la manière dont un Fernand Dumont<sup>22</sup> parlait, par exemple, de la *transcendance*, pour y découvrir une condition à la fois incontournable et extrêmement variable de l'existence humaine.

Enfin, troisième champ d'intervention et de recherche de la Chaire, celui des rapports multivariés, théoriques et pratiques, entre *religion* et *santé*. De tous temps, les civilisations ont attribué à la religion des pouvoirs guérisseurs. Elle l'ont fait la plupart du temps à travers un imaginaire magique jugé pré-scientifique parce qu'il rend compte de l'efficacité empirique des procédés sans vraiment expliquer la logique des procédures. Cela se passe encore ainsi, d'ailleurs, dans de nombreux mouvements

---

<sup>21</sup> On en trouvera trace dans Jean-Paul Rouleau et Jacques Zylberberg (dir.), *Les mouvements religieux aujourd'hui. Théorie et pratiques*, Montréal, Bellarmin, Cahiers de recherches en sciences de la religion, volume 5, 1984, 382 p. L'idée est reprise dans Abraham A. Moles, *Les sciences de l'imprécis*, Paris, Seuil, 1990, 311 p.

<sup>22</sup> *Une foi partagée*, Montréal, Bellarmin, 1996, 305 p.

**CTR**  
**Centre de Traitements et de Réadaptation**

*Visible sur le site « [readaptation.ch](http://readaptation.ch) »*

religieux en croissance en Occident même comme dans un certain nombre de para-médecines ou médecines alternatives. Qu'en est-il de ce fait anthropologique?

On ne peut en dénier la réalité: dans la mesure où la religiosité actualise, pour les sujets, un *cosmos sacré* donnant cohérence au monde, ses processus ont parfois des effets de cohérence, c'est-à-dire de santé, jusque dans les corps individuels. Ces effets peuvent être concomitants ou non par rapport aux techniques médicales éprouvées, ils peuvent être confirmés ou déniés par ces dernières; quoi qu'il en soit, ils sont de plus en plus recherchés par nos contemporains. Et on sait qu'avec la mondialisation, les frontières culturelles sont devenues poreuses. On peut donc penser que des traditions jugées pré-modernes ou encore para-scientifiques, trouveront de plus en plus à affirmer leurs raisons sociales en Occident, pour y chercher une clientèle. Et cela pas nécessairement comme médecine du pauvre.

Ne jouons pas au prophète. Il y a là simplement là, encore une fois, un champ de recherche fondamental. Les sciences religieuses, les sciences humaines en général et les disciplines médicales elles-mêmes y sont interrogées d'une façon de plus en plus radicale.

De l'intervention locale à l'observation de phénomènes culturels globaux et mondiaux, nous sommes mis en présence d'un projet qui suscite le vertige. Voilà, donc, notre défi. Arrimée à de telles problématiques, la Chaire Religion, spiritualité et santé, la première du genre au Canada et dans le monde francophone, a le potentiel de devenir incontournable au niveau international. Défendant une approche intégrale de l'humain dans un milieu qui est celui des avancées technologiques les plus en pointe, elle a aussi le potentiel de devenir un incontournable *épistémologique*.

Elle doit ouvrir à l'exploration rigoureuse un *entre-deux* qui suppose un double dépassement: celui du technicisme incapable de reconnaître à l'humain d'autres dimensions que celle de ses composantes matérielles, celui du romantisme qui coupe le monde spirituel de ses attaches et répercussions humaines.

Aussi, en réponse aux demandes exprimées dans les milieux de santé, l'objectif fondamental de la Chaire est-il de produire des connaissances scientifiques de haut niveau et vérifiables, c'est-à-dire pouvant être mises à l'épreuve des réalités vécues, concernant ces questions de sens, telles qu'elles se posent dans la pratique. En recueillant les savoirs qui émanent de cette pratique, en les confrontant à ceux qu'on trouve ailleurs et en leur donnant un maximum de cohérence intellectuelle, elle pourra alors travailler aussi à favoriser leur communicabilité et leur transfert au sein même des organisations, tout en respectant les dynamismes humains propres à ces dernières. Objectifs de savoir, donc, et aussi d'éducation.

Développant le savoir dans un domaine qui est aujourd'hui marqué d'une complexité inédite, la Chaire devra aussi développer des programmes d'éducation diversifiés, congruents par rapport à ceux de l'Université, mais également articulés aux structures de formation permanente des milieux de santé et capables d'intégrer des perspectives d'éducation populaire s'adressant au grand public. Ses travaux devraient mener à des théories et des pratiques innovatrices tant pour l'accompagnement spirituel effectué par des professionnels reconnus dans les institutions de santé que pour les aidants naturels, tant en fonction de l'ouverture à ce monde qu'on appelle la spiritualité qu'en fonction du monde de la santé.

**COMPLEMENT D** (texte édité sous la responsabilité de l'auteur)

Rédacteur : Etienne Rivier

**L'esprit.**

La note qui suit a pour but d'élargir les connaissances du lecteur à propos de l'esprit.

Comment définir l'esprit ?

Kent Wilber (Wilber) cite Saint Bonaventure qui affirmait que « nous possédons trois moyens pour accéder à la connaissance : l'œil de chair par lequel nous percevons le monde extérieur de l'espace, du temps et des objets, l'œil de raison par lequel nous acquerrons une connaissance de la philosophie, de la logique, et du mental lui-même et l'œil de la contemplation par lequel nous nous élevons jusqu'à une réalité transcendante. »

Descartes formulera son fameux « cogito ergo sum », qui peut s'interpréter en disant : je peux douter de tout, mais je ne peux pas douter que je doute, et donc je ne peux pas douter que je pense, et il ajoute : « ...je connais de là que j'étais une substance dont toute l'essence ou la nature n'est que de penser et qui, pour être, n'a besoin d'aucun lieu, ni ne dépend d'aucune chose matérielle. En sorte que ce moi, c'est-à-dire l'âme, par laquelle je suis ce que je suis, est entièrement distincte du corps. » C'est l'affirmation net d'un dualisme qui sépare esprit ou âme et matière (Descartes).

Kant dans les premières pages de sa Critique de la raison pure va affirmer : « lorsqu'au contraire un jugement a essentiellement le caractère d'une rigoureuse universalité, c'est dire qu'il suppose une source particulière de connaissance, c'est-à-dire une faculté particulière de connaissance *a priori* » en d'autres termes indépendante de l'expérience. Kant distinguera l'entendement, la sensibilité et la raison, et sa découverte cardinale sera de montrer que les formes de notre sensibilité, les principes de l'entendement, et les raisonnements de notre raison ne nous conduisent qu'à des antinomies lorsqu'il est question de réfléchir à des questions telles que l'existence de Dieu, ou l'origine de l'univers (Cresson, Kant).

Au début du 20<sup>ème</sup> siècle d'importants penseurs vont faire évoluer la notion d'esprit, tels Freud, qui introduira la notion de l'inconscient, ou Husserl, le père de la Phénoménologie, qui s'interrogera sur l'énigme du monde, en posant la question : comment puis-je connaître à partir de moi un monde hors de moi (Housset) ?

On assiste également à la fondation de la psychologie avec J. Piaget qui introduit une démarche scientifique dans l'observation du comportement, de la linguistique avec F. de Saussure puis J.R. Searle qui comprend l'importance du langage comme véritables actes de l'entendement (Searle 1972).

Ainsi la notion de l'esprit s'élargit à d'autres facultés ou propriétés actuellement regroupés sous le terme de **cognition** ou connaissance.

Mais la vraie question moderne à propos de l'esprit est le problème du rapport entre l'esprit et le corps ou le « **mind-body problem** » : deux courants philosophiques s'opposent : le **dualisme** de Descartes : nous fonctionnons comme s'il y avait en nous un « théâtre » (Denett DC) dans lequel sont confrontées et analysées toutes les données extérieures fournies par les sens par notre esprit lui-même non-

matériel, et le **monisme** qui s'oppose au dualisme et se divise en deux courants : le monisme matérialiste et le monisme spirituel.

Dès 1940, vont se développer les sciences et les technologies de la cognition qui ont pour but d'aborder avec les armes de la science la notion élargie de l'esprit à savoir la cognition. A la différence des démarches propres aux philosophes ou au courant érigeant le raisonnement ou l'introspection comme méthode il est souhaité de développer une vraie science de l'esprit : l'idée de base est d'affirmer que l'intelligence (y compris l'intelligence humaine) est tellement proche de ce qu'est intrinsèquement un ordinateur que la cognition peut être définie par la computation (c'est-à-dire l'organisation propre aux ordinateurs) de représentations symboliques. Le traitement computationnel est une opération qui est effectuée par des symboles c'est-à-dire des éléments qui représentent ce à quoi ils correspondent. Cette hypothèse de recherche a été désignée comme l'hypothèse cognitiviste.

Si ce point de vue semble résoudre le problème de savoir comment la pensée conçue comme raisonnante est physiquement et mécaniquement possible, cela ne résout pas le problème de savoir comment la cognition en tant que computation est reliée au monde en tant qu'il est vécu. (Varela 1993, p 91) ou dit en d'autres termes comment la cognition est consciente du monde phénoménologique. En tout cas la théorie computationnelle doit posséder une capacité suffisante pour rendre possible le monde de la conscience (Jackendoff cité par Varela 1993 p 92). Est apparu alors un autre domaine de recherche appelé le connexionnisme : le point de départ est une armée de constituants simples et non intelligents qui, comme des neurones, expriment des propriétés globales intéressantes lorsqu'ils sont reliés. Ces propriétés globales correspondent aux comportements cognitifs étudiés, elles sont dites émergentes lorsque chaque neurone interconnecté atteint un stade adéquat.

Elle s'appuie sur « la règle de Hebb » : si deux neurones sont activés simultanément, leur connexion est renforcée. C'est pourquoi la connectivité du système devient inséparable de l'histoire de sa transformation et se voit reliée au type de tâche définie pour le système (Varela 1993, p 134) L'insatisfaction principale vis-à-vis de ces deux modèles vient du fait que pour le cognitivisme comme pour le connexionnisme le critère d'évaluation est toujours la représentation adéquate d'un monde extérieur prédéterminé : (1) le monde est pré donné ; (2) notre cognition porte sur le monde ; (3) pour prendre connaissance de ce monde, notre démarche consiste à représenter ses traits et ensuite à agir sur la base de ces représentations (Varela 1993, p 194).

La doctrine de l'enaction ou faire-émerger ( au même titre que l'herméneutique qui interprète des textes anciens) indique que les facultés cognitives sont inextricablement liées à l'historique de ce qui est vécu, mettant ainsi en doute la notion d'un monde pré donné, et donc la nécessité de parler de représentation. Cette approche se compose de deux points : (1) la perception consiste en une action guidée par la perception ; (2) les structures cognitives émergent des schèmes sensori-moteurs récurrents qui permettent à l'action d'être guidée par la perception (Varela 1993, p 234) L'image de la cognition qui s'ensuit n'est pas la résolution de problèmes au moyen de représentations mais plutôt le faire-émerger créateur du monde (Varela 1993 et 1996). Il s'agit du troisième pôle de recherche pour résoudre le « mind-body problem » mais qui représente avec les deux autres pôles un monisme matérialiste : toutes les propriétés de l'esprit s'inscrivent exclusivement dans le cerveau.

Le terme de « philosophie de l'esprit » est ainsi proposé pour désigner l'ensemble des recherches qui s'intéresse aux « phénomènes mentaux, à la nature des facultés de l'esprit tels que les sens, l'intuition, l'imagination, la raison, à la nature des sensations, des désirs, des croyances, des volitions, des jugements, des émotions, de la conscience, des passions, des sentiments, etc. » (Engel) ainsi qu'à

l'intentionnalité en vertu de laquelle toutes sorte d'états et d'événements mentaux renvoient à ou concernent ou portent sur des objets et des états de chose du monde (Proust, Searle 1985).

Le mot esprit apparaît encore dans l'expression la théorie de l'esprit ou TOM (theory of mind) qui se fonde sur la capacité de prédire les contenus de pensée de quelqu'un d'autre, qui apparaît chez l'enfant entre 12 et 18 mois et qui permet le développement des rapports sociaux. L'enfant autiste serait privé de cette faculté (Nadel).

En résumé : se demander en quoi consiste l'esprit revient à savoir quel critère doit remplir un état, un processus ou une propriété pour être dite « mental ». Deux critères sont généralement avancés : l'un consiste dans la propriété d'être conscient, un état conscient est un état qui a la propriété d'être ressenti par son porteur, l'autre critère consistant dans l'intentionnalité des états mentaux : ceux-ci portent sur des états de chose, ils les représentent (Proust).

En opposition, les religions du monde défendent un **monisme spirituel**, en affirmant comme point de départ l'existence de Dieu, Yahvé, Allah, Brahmâ, l'Ultime, l'Incréé ; l'Esprit s'incarne dans l'homme, créé à l'image de Dieu, qui devient le temple de l'Esprit (Paul, 1 Cor 6 :9). Il est alors possible d'aller à la rencontre de « l'inconnu, l'omniprésent, l'indispensable, que la conscience humaine cherche éternellement dans sa connaissance et sa sensibilité, sa perception et son action » (Sri Aurobindo).

L'esprit est en tout, et la formule hindoue dite de la tri-unité sat - chit - ananda décrit l'état de création de l'univers comme substrat de l'Existence (sat), de la Conscience (chit), et de l'Expérience (ananda), autre traduction possible : Etre - Intelligence - Félicité, donnant une connotation de béatitude à la quête de l'Un. Cette « triunité de l'Etre » ou trinité de l'Etre, Durckheim l'appelle Plénitude, Ordre, Unité (Durckheim). Il est alors question de l'Esprit et non de l'esprit.

ER /L'Escalet, Vevey août – septembre 2004)

## BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie est constituée des livres et articles lus et consultés par les membres du groupe :

- Anandarajah G et Hight E. Spirituality and Medical Practice; using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American Family Physician J* 63, 81 – 87, 2001
- Ashcraft MS. Spiritual Issues at the End of the Life. *The West Virginia Medical J* 98, 121 – 125, 2002
- Assagioli R. Le développement transpersonnel. Deslée de Brouwer, Paris 1994
- Aurobindo Shri. La vie divine - quatre volumes. Albin Michel 1973
- Belet Maurice, Psychologie et spiritualité, in revue *Christus* n° 153, 143-156
- Housset E. Husserl et l'énigme du monde. Edition du Seuil, Paris 2000
- Campiche Roland, Croire en Suisse, ...
- Craig WE. Spiritual Well-being: Conceptualization and Measurement. *J of Psychology and Theology* 11, 330-340, 1983
- Cresson A. Kant, sa vie, son œuvre. Presses universitaires de France, Paris 1955
- Descartes. Discours de la méthode, 4ème partie. Garnier 1969
- Dürckheim K G. Le centre de l'être, Albin Michel 1992
- Durand Daniel, La systémique, PUF, Paris, 1994
- Engel P. Introduction à la philosophie de l'esprit. La découverte, Paris 1994
- Foucault Michel, L'herméneutique du sujet, Gallimard/Le seuil, Paris, 2001,p14-21
- Godin André sj, La relation d'aide en psychologie et en pastorale, in *Psychologie et pastorale*, pp 157 - 170
- Hamel S. Développement du potentiel transcendant (ou psycho-spirituel) et quelques résultats de recherche en gérontologie. *Le Gérontophile* 24, 41-47, année ?
- Harrington Anne, Dieu randomisé en double aveugle contre placebo, in *Revue La Recherche*, hors série n° 14, Dieu, la science et la religion, 2004
- Kant E. Critique de la raison pure. Flammarion, Paris 1987
- Kim,M.J., G.K. McFarland et A.M. McLane, Pocket Guide to nursing diagnosis, 4è ed., Saint-Louis, Mosby-Year Book, 1991.
- Lévy-Jurin Valéry, Accompagnement des patients et des soignants dans la révélation de diagnostic grave, in revue *JAF*, n°10, 2003
- Maslow A.H. Vers une psychologie de l'être, Fayard 1972
- Matray B., Besoins spirituels et accompagnement, in *Laennec*, vol 12, p 18-20, 1995
- Nadel Jacqueline. Théorie de l'esprit. Vocabulaire de sciences cognitives Presses universitaires de France, Paris 1998
- Proust Joelle. Esprit. Vocabulaire de sciences cognitives Presses universitaires de France, Paris 1998
- Rivier E et coll. Besoins spirituels en soins palliatifs – évaluation d'un nouveau dossier. *Revue médicale de la Suisse Romande* 121, 769-775, 2001
- Rochat Etienne, 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. [www.aumonerie-hopital.ch](http://www.aumonerie-hopital.ch)
- Rougeron Cl. La dimension spirituelle dans le soin. [www.inserm.fr/ethique](http://www.inserm.fr/ethique)
- De Saussure F. Cours de linguistique générale. Payot, Paris 1972
- Searle J.R. L'intentionnalité .- Essai de philosophie des états mentaux. Les Editions de Minuit, Paris 1985
- Searle J.R. Les actes de langage, Hermann Paris 1972
- Smyth P., Bellemare D., Spirituality, pastoral care and religion : the need for clear distinctions, in *Journal of Palliative care*, vol 4, n°1 et 2, p86-88, 1988
- Taimni IK. La science du Yoga. Commentaires sur le Yoga-Sûtras de Pantajali à la lumière de la pensée moderne. Ayar, Paris 1989
- Thiel Marie-Jo et coll., Où va la médecine, Presses Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, 2003
- Varela F et coll. L'inscription corporelle de l'esprit. Edition du Seuil, Paris 1993
- Varela . Invitation aux sciences cognitives. Edition du Seuil pour la traduction française Paris 1996
- Wilber Ken. Les trois yeux de la connaissance Le Rocher 1987

## EXEMPLE DE GUIDE POUR L'ÉVALUATION SPIRITUELLE DE TYPE 1

Cette évaluation est à pratiquer lors de l'anamnèse infirmière et / ou médicale dans les premiers jours d'hospitalisation de la personne. Son but est d'évaluer si la personne vit dans une détresse spirituelle ou si elle risque d'y entrer, et proposer soit un accompagnement soit des mesures préventives. Les questions sont des exemples, nous invitons les équipes de soin à imaginer un « catalogue » en lien avec les autres besoins de la liste.

concept de spiritualité	sphère spirituelle (en relation avec la maladie)	thèmes et questions permettant de structurer les entretiens d'évaluation	informations recueillies suite aux questions
sens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin de sens</li> <li>- besoin d'avoir une raison de vivre</li> <li>- besoin d'avoir de l'information sur son affection et sur le déroulement des soins et des traitements</li> <li>- besoin d'avoir des projets</li> <li>- besoin d'avoir des repères</li> </ul>	Qui ou quoi donne un sens à votre actuellement ?  Avez-vous l'impression d'avoir assez d'informations sur vos traitements ?  Avez-vous l'impression d'avoir perdu vos repères habituels ?	
transcendance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin de transcendance</li> <li>- besoin d'ouverture et d'authenticité</li> <li>- besoin de plénitude</li> </ul>	En qui croyez-vous ?  Qu'est-ce qui est / reste essentiel pour vous ?	
valeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin d'être respecté dans son cheminement propre</li> <li>- besoin de comprendre et d'être associé aux décisions et aux actions des soignants</li> <li>- besoin d'être en lien avec sa communauté de foi</li> </ul>	Qu'est-ce qui a de l'importance dans votre vie ?  Qu'estimez-vous gagner ou perdre dans ce qui vous arrive ?	
identité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin d'être aimé, d'être reconnu</li> <li>- besoin d'être valorisé</li> <li>- besoin d'être écouté</li> <li>- besoin d'être relié (en particulier avec sa communauté de foi et les autres)</li> <li>- besoin d'avoir une bonne image de soi</li> <li>- besoin d'être « en ordre », d'être pardonné, d'être réconcilié</li> </ul>	Y a-t-il des soucis qui vous pèsent ?  Habituellement qu'est-ce qui vous donne du courage, du réconfort ?  Souhaitez-vous que l'on vous mette en relation avec votre communauté de foi ? Vos proches sont-ils réconfortants ?	

**Rappel** : l'utilisation de tel guide nécessite une formation selon les recommandations du rapport (cf. pt 5.2.). Il doit être suivi de questions sur la qualité de l'entretien et la manière d'y donner suite ; par exemple : comment ces entretiens se sont-ils

passés pour vous ? Quelles sont vos attentes après ces entretiens ? Souhaitez-vous que quelqu'un vous accompagne durant votre séjour ?

Enfin, l'utilisateur se servira du tableau du pt.4.1.2. pour établir un éventuel état de détresse spirituelle.

## EXEMPLE DE GUIDE POUR L'ÉVALUATION SPRITUELLE DE TYPE 2

Cette évaluation est à réaliser lors de temps de crise de la personne, et / ou lorsque cette dernière manifeste des symptômes de mal-être aigu. Son but est de « diagnostiquer » dans les rencontres avec la personne hospitalisée quels sont ses besoins spirituels non couverts, et de proposer un accompagnement. Les symptômes décrits sont des exemples, nous invitons les équipes de soin à imaginer un « catalogue » en lien avec les autres besoins de la liste.

concept de spiritualité	Recueil des symptômes observés	Perturbations de la sphère spirituelle	informations recueillies suite aux questions
sens	La personne ne parle pas de l'avenir ou, seulement en terme négatif  La personne n'a pas de projet ni de but  La personne exprime l'absurdité de la vie  La personne a des questions sur la vie, sur la mort	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perte du sens</li> <li>- être sans but</li> <li>- manque de compréhension</li> <li>- perte d'élan, démotivation</li> <li>- être désafférenté, « cassure », perte de son environnement</li> </ul>	
transcendance	La personne a des expressions : « plus rien ne vaut la peine d'être vécu »  Parle de Dieu en terme de rupture, d'absence, de révolte, de culpabilité, d'abandon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n'être plus en relation avec « son essentiel »</li> <li>- perdre le contact (avec soi et le divin)</li> </ul>	
valeurs	La personne ne comprend pas ce qui lui arrive, dit ne rien savoir du projet des soignants  La personne souffre de ne pas être comprise par les soignants dans ses choix  La personne n'est pas en confiance à l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>- manque d'information</li> <li>- sentiment de flou</li> <li>- sentiment d'incertitude</li> <li>- sentiment d'être trahi</li> <li>- perte de confiance</li> </ul>	
identité	La personne ne reçoit pas ou peu de visites de proches  La personne vit des conflits qui l'affectent avec son entourage  Attitude repliée, regard éteint  La personne pose des questions du style : pourquoi moi ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sentiment d'être rejeté, de n'avoir plus rien à dire, d'être un objet, un « cobaye », d'être abandonné</li> <li>- sentiment d'être coupable</li> <li>- sentiment d'éclatement, de fragmentation du « je »</li> </ul>	

**Rappel :** l'utilisation de tel guide nécessite une formation selon les recommandations du rapport (cf. pt 5.2). Il doit être suivi de question sur la qualité de l'entretien et la manière d'y donner suite ; par exemple : comment ces entretiens se sont-ils passés pour vous ? Quelles sont vos attentes après ces entretiens ? Souhaitez-vous que quelqu'un vous accompagne durant votre séjour ?

Enfin, l'utilisateur se servira du tableau du pt.4.1.2. pour établir une liste de besoins non-couverts et / ou non-satisfaits.