

Les métamorphoses de la spiritualité à l'hôpital

Exposé introductif

- Dans un contexte de société religieuse, il y a une relative convergence entre foi (conviction personnelle, intime), pratique religieuse personnelle et pratique religieuse sociale, l'ensemble étant encadré par l'institution religieuse. Dans nos contrées cette institution est l'église. Par exemple, la croyance en Dieu y est largement répandue, la pratique des sacrements (e.a. la messe du dimanche) est régulièrement suivie par un grand nombre de fidèles, la réflexion et l'étude religieuse est encouragée et encadrée par le clergé.
 Dans ce contexte, la dimension religieuse à l'hôpital s'exprime le plus souvent par une demande et une offre au niveau du rituel et des sacrements. L'église organise, d'une part, un service pastoral (visites, prières, communions, sacrements) effectué par un prêtre et elle propose, d'autre part, une lecture théologique de la souffrance et de la mort. Cette vision est partagée par la plupart des acteurs, les patients comme les soignants.
- Dans notre société, le processus de sécularisation est depuis longtemps à l'œuvre et touche tant les personnes que les institutions. Dans le contexte de sécularisation, il y a
 - une perte de religiosité
 - un réinvestissement dans la recherche de soi-même : recherche de bonheur, de compréhension de soi, de cohérence personnelle... C'est le domaine de la psychologie.
 - un réinvestissement dans la recherche spirituelle qui peut être très individuelle et qui peut se développer en autonomie par rapport à l'autorité religieuse (le clergé, le magistère) ou même en dehors de l'institution religieuse. (cfr. la grande offre et le succès des livres de spiritualité)
- L'hôpital est un lieu de guérison mais aussi un lieu d'anxiété, de souffrance, de mort. Pour les patients, bien entendu, mais aussi dans une certaine mesure pour les soignants. Ces moments de crise dans les histoires personnelles provoquent, selon les personnes et les situations,
 - une anxiété
 - une demande de parole (mettre des mots sur le vécu d'angoisse et de souffrance)
 - une recherche de sens (spiritualité)
 Comment l'hôpital va-t-il gérer cela dans un contexte de société séculière ?
- Le fonctionnement de l'hôpital étant basé sur des rôles professionnels (formations et tâches spécifiques, nettement distinctes), la question qui se pose est de savoir quel professionnel (à moins que ce soit le bénévole... ?) va être à l'écoute de l'angoisse, va accompagner la demande de parole, va apporter une aide ou être un témoin de la recherche de sens ?
 (Je rappelle que ces demandes émanent principalement du patient ou de ses proches, mais il arrive régulièrement que les professionnels soient également concernés, bien que sous d'autres modalités.)

- La question posée en ces termes est en partie naïve car le vécu que le patient exprime n'est pas une addition de demandes clairement différenciées entre elles. Au contraire, le vécu des personnes se présente souvent comme une globalité. Dans la même conversation (et sans que ce soit nécessairement conscient dans son esprit), le patient peut demander une aide pour gérer son anxiété, chercher une possibilité de parole et évoluer dans sa quête de sens. En d'autres termes, si le personnel de l'hôpital veut offrir une aide qui tienne compte du vécu du patient, il doit être ouvert à une certaine pluridisciplinarité, ou au moins à une collaboration en réseau avec ses collègues d'une autre discipline ou approche. Plus concrètement, le soignant devra être « un peu » psy et « un peu » capable de faciliter la recherche de sens. Le psy devra être « un peu » capable de faciliter la recherche de sens, le membre de l'équipe d'aumônerie devra être « un peu » psy, etc.
- Par rapport aux différentes approches de ces disciplines, un facteur commun semble cependant se dégager: la dimension de sujet. Cette dimension n'est-elle pas indispensable, une sorte de condition préalable à la pratique de l'ensemble de ces disciplines ? Si le patient hospitalisé n'est pas reconnu comme sujet, ou s'il ne se sent pas reconnu comme tel, les approches psychologiques, spirituelles, infirmières et médicales seront, soit impossibles, soit profondément faussées ou altérées. Voyons la place et l'importance de la dimension de sujet dans ces disciplines :
 - l'aide psychologique a pour mission centrale d'aider le patient à redevenir sujet, à récupérer sa dimension de sujet.
 - l'accompagnement spirituel : si le patient n'est pas dans sa dimension de sujet, ou s'il ne souhaite pas se situer comme sujet, l'aide spirituelle proposée ne sera-t-elle pas inévitablement réduite à une aide ritualiste, quasi extérieure au patient lui-même ?
 - l'approche infirmière est explicitement centrée sur le patient pris dans sa globalité : elle est en charge de ses besoins en termes de soins mais aussi ses besoins de confort, ses besoins primaires au niveau psychologique, ses besoins de comprendre ce qu'on lui fait ou propose, etc. (soins personnalisés / soins dépersonnalisés)
 - quant à l'approche médicale, on constate que si le patient n'y est pas activement un sujet et reconnu comme tel, cette approche risque de se dévoyer en un paternalisme, ou pire, elle risque de se pratiquer dans une zone de non-droit (pas de consentement libre).

La dimension de sujet semble donc un préalable commun à ces diverses approches, en ce sens qu'elle permet et est indispensable à la pratique de l'animateur spirituel, du psy, du médecin et de l'infirmière.

- Si la restauration de la dimension de sujet constitue un préalable ou est très souhaitable à l'aide spirituelle, alors nous trouvons là une exigence importante du point de vue de l'identité chrétienne d'une institution. L'institution qui veut favoriser l'aide spirituelle devra avoir à cœur de faciliter et de développer la dimension de sujet chez les patients qui s'adressent à elle. L'institution, c'est-à-dire tous les professionnels qui en font partie. Ce ne sera pas facile car dans la conjoncture actuelle, les services et les équipes soignantes sont soumises à de fortes exigences techniques et des pressions de viabilité financière. Et l'on sait que la technique en tant que telle ne connaît que le « patient – organe », ou le « patient – corps » et qu'elle ne connaît pas le « patient – sujet ».
- Développer et encourager la dimension de sujet chez les patients suppose d'une part une certaine formation mais surtout une réelle attention et détermination dans le chef de tous les professionnels de l'hôpital (réunions d'équipe, lieux de parole, supervision,...)

Benoît VAN CUTSEM

