

Programme d'accompagnement spirituel et religieux
pour les personnes hospitalisées en

**Chirurgie et en médecine,
ainsi que pour leurs proches**

Agence de la santé et des services
sociaux de Chaudière-Appalaches



Programme d'accompagnement spirituel et religieux pour les personnes hospitalisées en

**Chirurgie et en médecine,
ainsi que pour leurs proches**

Agence de la santé et des services
sociaux de Chaudière-Appalaches



*Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*

Québec 

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN 2-89548-400-7 (version imprimée)
ISBN 2-89548-401-5 (version PDF)

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2006

FORMATRICE ET SUPERVISION DU DOSSIER :

M^{me} Michelle Bédard, formatrice à l'approche programme, centre de pastorale de la centre de santé et des services sociaux

ÉLABORATION ET RÉDACTION DU PROGRAMME-CLIENTÈLE

M. José Pereira

COLLABORATEURS :

M. Nicolas Beauchemin, animateur de pastorale, Centre de santé et des services sociaux du Grand Littoral (Hôtel-Dieu de Lévis)

M. Gilles Cloutier, animateur de pastorale, CSSSGL (Hôtel-Dieu de Lévis)

M. José Pereira, animateur de pastorale, CSSSRT, porteur de dossier (Thetford Mines)

M. Conrad Poulin, animateur de pastorale, Service de pastorale de la santé à domicile (Lévis)

M. Yves Rancourt, animateur de pastorale, CSSSBE (St-Georges)

MISE À JOUR DU PROGRAMME :

Avril 2009

Reproduction autorisée avec mention de la source.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	4
2. Mise en contexte et problématique de la clientèle	5
a) Aspects socio-communautaires	5
b) Aspects psychiques relatifs aux soins et à l'hospitalisation	5
c) Aspects spirituels et religieux	6
3. Besoins spirituels et religieux	9
a) Un accompagnement porteur d'une certaine vision du spirituel	9
b) Distinction entre accompagnement spirituel et accompagnement pastoral	9
4. Analyse de l'enquête sur les « Besoins spirituels et religieux des usagers en courte durée »	11
5. Philosophie et approches privilégiées	12
Un accompagnement qui s'enracine dans le présent et qui ouvre un avenir	
a) De la rencontre ponctuelle à l'ouverture d'un temps de cheminement	12
b) L'importance du temps allouée et la qualité de la rencontre en courte durée	13
c) De la réception passive à l'implication active dans l'accompagnement	13
6. Spécificité et originalité de l'approche pastorale	14
Un accompagnement qui s'ancre dans l'expérience spirituelle de la personne malade	
a) La dynamique de cheminement spirituel : de la passivité à l'activité.....	14
a) La mobilisation des récits évangéliques dans la démarche d'accompagnement	14
b) Le travail sur les images de Dieu dans la démarche d'accompagnement	15
7. Objectifs généraux du programme	16
8. Conclusion	23
9. L'Évaluation du programme	23
BIBLIOGRAPHIE	24

ANNEXES

# 1 – Points de repères pour l’accompagnement spirituel et religieux en fin de vie.....	26
a) Un autre regard	26
↻ Le regard de l’autre et sur l’autre	
↻ Le regard libre de tout préjugé	
↻ Le regard sur un corps-sujet	
b) Une autre présence	27
c) Une présence ouverte à l’autre	
↻ Une présence qui se manifeste par la main tendue	
d) Une autre parole	28
↻ L’importance d’écouter : la parole de l’autre	
↻ Entendre et comprendre : une autre parole	
↻ Prendre et passer la parole : l’autre de la parole	
# 2 – Outils pour mettre en œuvre la dimension religieuse de l’accompagnement.....	30
A1. Le travail pastoral à partir des récits évangéliques.....	30
A2. Le travail pastoral sur les représentations de Dieu.....	31
# 3 – L’évaluation du programme.....	33
# 4 – Besoins spirituels et religieux en six catégories.....	35
A1. Tableau : enjeux existentiel et spirituel.....	36

1. Introduction

Le défi d'une démarche d'accompagnement spirituel dans un centre de santé est d'assurer une présence signifiante et pertinente, en l'inscrivant à la fois dans la réalité de l'univers du soin et dans une vision de la personne qui rejoint une anthropologie héritée de la tradition chrétienne. L'univers de la pastorale de la santé connaît, depuis quelques années, des profonds changements, tant dans les approches proposées que dans la structure même des services. Ces changements, ainsi qu'une nouvelle articulation pluraliste du religieux dans la société, appellent l'invention de nouveaux modes de présence, desquels découle la nécessité de développer une nouvelle manière d'être et d'accompagner les personnes malades, et ce à l'intérieur même du « *Protocole d'entente entre le ministère de la santé et des services sociaux et les autorités religieuses concernant les services de pastorale des établissements de santé et de services sociaux* ». Afin de mieux répondre aux besoins spirituels et religieux des usagers du système de santé, le ministère a publié à la même période, soit avril 2001, un « *Cadre de référence pour l'organisation de la pastorale en établissement de santé et de services sociaux* ».

Dans le contexte de la mise en application du protocole d'entente MSSS et du cadre de référence mentionné ci-dessus, l'*Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches*, en collaboration avec le *Comité régional sur les services de la pastorale*, a publié un document, en décembre 2003, intitulé *État de situation, services de pastorale en établissements de santé et de services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches*. Suite à la publication de ce document et aux travaux dudit comité, l'Agence a mis sur pied un volet de formation pour l'ensemble des animateurs de pastorale de la région 12. Cette formation a permis à l'animateur de se familiariser avec les nouvelles méthodes de travail et à reformuler, pour ainsi dire, le cadre de sa démarche d'accompagnement spirituel et religieux en milieu de soins et de services sociaux, particulièrement pour les soins de courte et de longue durée. Cette formation avait pour objectif de mieux outiller les animateurs face aux nouvelles perspectives mises de l'avant par le MSSS, notamment en ce qui a trait aux différentes approches par programme. Nous savons que le service de pastorale dans un centre de santé, et selon les recommandations ministérielles, doit intervenir sur un grand nombre de programmes-service en courte durée, longue durée, à domicile ou en CLSC, particulièrement en perte d'autonomie liée au vieillissement, santé mentale, santé physique, lutte contre le cancer, etc.

Le présent document nous présente un programme clinique ayant pour but de proposer la meilleure réponse possible aux besoins spirituels et religieux de la clientèle des unités de médecine et de chirurgie en Chaudière-Appalaches. On y trouvera une analyse de l'enquête menée auprès de cette clientèle. Il sera question aussi de notre philosophie et approches privilégiées ainsi que la spécificité et l'originalité de notre approche pastorale.

2. MISE EN CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE DE LA CLIENTÈLE VISÉE

a. ASPECTS SOCIOCOMMUNAUTAIRES

La région de la Chaudière-Appalaches se présente comme un milieu principalement rural et villageois, avec quelques agglomérations de taille moyenne. Contrairement aux grands centres urbains, la population est plus homogène au niveau socioculturel. On note, comme ailleurs au Québec, un vieillissement de la population. Une particularité de la région au niveau sociodémographique est la présence de grandes familles. Cela entraîne souvent une dispersion au niveau des membres de la famille, particulièrement avec l'exode des jeunes générations vers les centres urbains. Au plan socioéconomique, on note la présence majoritaire d'une classe moyenne issue de générations principalement composées de cultivateurs et d'ouvriers. Ces derniers, qui se situent maintenant dans les tranches d'âges des 65 ans et plus, et qui ont majoritairement recours aux services de santé, forment un groupe relativement homogène. Ceci s'observe particulièrement dans le programme de médecine. Le programme de chirurgie, quant à lui, accueille un plus grand éventail de personnes dans des tranches d'âges différentes, tout en ayant une prépondérance du groupe des 65 ans et plus. Ces derniers présentent un profil de personnes qui ont travaillé fort, souvent avec peu de moyen, pour élever des familles nombreuses, qui ont reçu et transmis des valeurs traditionnelles issues d'une culture catholique très ancrée dans le quotidien familial et communautaire, et qui ont contribué à bâtir une culture d'entraide. Cette génération a vu ses jeunes, plus scolarisés et donc plus mobiles au niveau de l'emploi, adopter des modes de vie et des systèmes de valeurs souvent très différents de la sienne, faisant passer la construction identitaire d'un mode de transmission d'une culture homogène vers un mode d'inscription dans une culture pluraliste. Elle assiste, souvent comme témoin impuissant, à la généralisation d'un certain nombre de crises au niveau des liens familiaux et sociaux : divorce et éclatement des familles, difficultés liées à la stabilité d'emploi, désarroi et perte de sens, effritement des valeurs de solidarité et d'entraide, montée de l'individualisme et de l'isolement social.

b. ASPECTS PSYCHIQUES RELATIFS AUX SOINS ET À L'HOSPITALISATION

Le système de santé est marqué aujourd'hui par une dimension technique et organisationnelle prépondérante qui lui confère son efficacité tant en matière d'actes médicaux que de prestations de services très diversifiés. La personne qui se retrouve dans cet univers lors d'une hospitalisation de courte durée se retrouve doublement fragilisée par la maladie qui l'affecte et par la prise en charge presque complète dont elle fait l'objet.

Les pathologies les plus fréquentes que l'on rencontre dans les unités de chirurgie et de médecine touchent l'appareil respiratoire, l'appareil circulatoire et l'appareil digestif. Elles entraînent une prise en charge et des interventions médicales qui s'accompagnent d'une hospitalisation de courte durée (5 à 7 jours). Dans chacun des

programmes, la personne hospitalisée fera face à des défis et vivra une expérience qui sera teintée d'une certaine spécificité.

Dans le programme de **chirurgie**, la personne fait face, en général, à un problème de santé qui peut trouver une issue favorable à travers le geste opératoire ponctuel. Il s'agit essentiellement d'un acte qui est perçu dans une optique de réparation de l'organe malade et de restauration de l'état de santé initial. La principale manifestation psychologique de ces personnes s'exprime sous la forme d'une crainte (crainte de l'intervention en elle-même et crainte liée à l'issue qui en résultera) et d'un espoir confiant (dans la médecine et dans la compétence des médecins de régler le problème qui les affecte). On note une dominance des aspects procéduraux et techniques des soins. Tout cela contribue à rendre le contexte d'hospitalisation plus lourd et plus difficile au niveau émotif et existentiel. La majorité des personnes manifestent une attitude combative face à la maladie et présentent des grandes attentes confiantes dans les capacités de la médecine.

Dans le programme de **médecine**, le trait dominant est le caractère chronique des pathologies et des soins associés qui conduit les personnes à devoir s'inscrire dans une logique d'adaptation à long terme à un état fragilisé plutôt qu'à s'accrocher à un espoir de guérison et de rétablissement. Certaines hospitalisations débouchent sur des décisions éventuelles de placement et de réorganisation du mode de vie. Les personnes qui se retrouvent en médecine font souvent face à des hospitalisations multiples, ainsi qu'à une entrée dans une routine souvent lourde de procédures diagnostiques et d'exams en tout genre. Cela contribue à générer chez la personne hospitalisée des craintes et des angoisses liées à la perte de capacités, au désarroi et à la difficulté à faire des deuils répétés. La personne est animée par des préoccupations plus présentes concernant la fin de vie et le mourir (voir Annexe 1), le placement dans un centre d'hébergement, la dépossession du patrimoine familial. Cette réalité, vécue par l'utilisateur, peut éventuellement le mener à exprimer le désir de mourir.

Par ailleurs, le contexte d'une prise en charge médicale et d'une hospitalisation sera souvent l'occasion de l'expression et de la réactivation de dynamiques familiales : réunion des familles dispersées, confrontation des systèmes de valeurs lors de décisions à prendre, manifestation des conflits de toutes sortes et dépassement dans la réconciliation, etc.

C. ASPECTS SPIRITUELS ET RELIGIEUX

Contexte général

La population dans la tranche d'âge qui forme la clientèle majoritaire des programmes de chirurgie et de médecine est non seulement encore fortement marquée par une culture catholique mais également ancrée dans les pratiques

religieuses. Cela a des conséquences pour l'accompagnement pastoral puisque ce dernier trouvera appui dans un terreau et des points de repères religieux catholiques.

Dans la tranche d'âge des personnes plus jeunes, la demande de recourir à des services d'accompagnement spirituel et religieux émerge dans la mesure où il y a une présence qui suscite et éveille ce désir de manifester cette dimension et de s'y relier. Ces personnes manifesteront davantage des besoins d'ordre spirituels (ouverture à une altérité et à une transcendance, besoins relationnels, etc.) trouvant une expression dans une relation d'accompagnement basée sur la parole, plutôt que dans l'exécution de rites ou de pratiques religieuses.

Dans la tranche d'âge plus âgée, en revanche, on observe davantage des demandes de rencontres de nature « pastorale » et des demandes de services en termes de pratiques et de rites religieux familiers et habituels pour ces personnes. Ces demandes se manifestent souvent, de manière spontanée, par la personne hospitalisée lors des visites d'accueil des animateurs de pastorale sur les étages ou encore se retrouvent portées par la famille qui connaît l'importance que revêtent ces pratiques pour son proche.

Selon que les personnes soient hospitalisées dans les programmes de médecine ou de chirurgie, les besoins spirituels peuvent être différents. Ils sont particulièrement reliés à la spécificité de l'état psychique des personnes qui vivent différemment l'expérience de l'hospitalisation selon qu'elles se retrouvent dans la perspective d'une intervention chirurgicale ou d'une prise en charge médicale.

Programme de chirurgie

L'enjeu existentiel, qui peut se manifester lors de l'hospitalisation, consiste principalement en l'expression de craintes. Dans quelques occasions, ces craintes pourront se doubler d'une peur de ne plus être en mesure de se reconnaître ou d'être reconnu par les autres si l'intervention porte atteinte à l'intégrité du corps et laisse des traces (cicatrices, membre ou organe amputé, cancer, etc.).

Les besoins spirituels des personnes en chirurgie sont fortement teintés par cette double dimension de craintes et d'espairs. Les personnes chercheront d'abord et avant tout à être rassurées : maintenir l'estime de soi, retrouver des points de repères habituels, assurer une continuité de l'histoire de vie. Les personnes, qui sont sur le point de subir une opération grave dont l'issue peut-être fatale, manifestent ainsi un besoin de se rassurer en se reliant à leur histoire de foi à travers une prise de parole avec quelqu'un en mesure de les recevoir ce qui prend souvent la forme d'une « confession » de foi, même dans les cas où la personne s'est éloignée d'une pratique effective de cette foi. On observe que la pratique de la foi de ces personnes se fait de manière plus ponctuelle et à l'occasion d'événements marquants de la vie humaine où le besoin de leur conférer une dimension et une signification

spirituelle et religieuse se fait sentir. Ce mouvement se déploie sur deux plans : espoirs dans la réussite de l'opération et espérance, au cas où les choses iraient mal, que cet événement ne marquera pas une fin.

Programme de médecine

C'est en médecine que se manifestent principalement des besoins religieux d'ordre sacramentaire, particulièrement liés à la perspective de fin de vie. Lorsque la personne ne peut manifester par elle-même ses besoins, c'est souvent la famille qui se fait *de facto* le porte-parole de cette personne en matière d'expression de foi et de pratiques religieuses. Ces demandes ne se font pas sans une certaine ambiguïté que l'on remarque particulièrement quant il est question du recours à l'onction des malades. Dans une grande majorité de situations la famille va demander, pour son proche, l'administration de l'onction des malades. Cette demande se fait presque toujours *in extremis* et se trouve connotée par la perspective d'une mort imminente. Cette représentation et perception restreinte, voire erronée, de la fonction de l'onction des malades, pourra être transformée par un accompagnement adéquat de la part de l'animateur de pastorale qui cherchera à resituer le sens de ce sacrement dans une perspective de cheminement et de croissance spirituelle. Cela nécessitera une approche relationnelle et « préventive » dans la préparation et l'accompagnement de l'administration du sacrement ou, le cas échéant, d'une pratique alternative de prières et de rites.

Tant en chirurgie qu'en médecine, l'animateur de pastorale est appelé à étendre ses interventions auprès des proches de la personne hospitalisée. Les membres des familles manifestent souvent un besoin d'être supportées, tant dans l'épreuve émotionnelle, affective et spirituelle qu'ils vivent que dans l'exercice d'un rôle de soutien au discernement éthique des décisions éventuellement à prendre par ou pour leur proche malade. L'accompagnement spirituel devra particulièrement être attentif à la dimension de recherche et de construction de sens, ainsi qu'aux difficultés liées à s'inscrire et à habiter le temps, lors des situations de fin de vie et d'un deuil éventuel à vivre.

Ce bref parcours du contexte et des besoins spirituels et religieux des personnes hospitalisées dans les programmes de médecine et de chirurgie montre l'importance de travailler et d'approfondir les notions ainsi que les représentations qui sont en jeu, particulièrement en ce qui concerne les notions de *spirituels* et de *religieux* et leur articulation. Selon la personne que l'animateur de pastorale rencontrera, l'accompagnement pastoral pourra s'inscrire de manière plus marquée dans un horizon spirituel et/ou un horizon religieux.

3. BESOINS SPIRITUELS ET RELIGIEUX¹

a. UN ACCOMPAGNEMENT PORTEUR D'UNE CERTAINE VISION DU SPIRITUEL

Longtemps la dimension spirituelle a été assimilée au religieux. Encore aujourd'hui, dans bien des esprits, spirituel et religieux représentent une même réalité. Le spirituel se retrouve ainsi suspecté au même titre que le religieux, alors que ce dernier est de plus en plus évacué du sein de notre société et des institutions hospitalières qui en sont le reflet. Pourtant, le spirituel est une dimension fondamentale présente en tout être humain, et ce, indépendamment d'une appartenance ou d'un ensemble de pratiques et de croyances religieuses. Gérard de Villers² définit le spirituel de la manière suivante : « Le « spirituel » me semble être l'harmonie profonde entre la dimension « relationnelle » et la dimension « intérieure » de chaque personne. C'est ce qui peut unifier la personne, l'animer en ce moment précis de sa vie ». Ainsi, selon cet auteur, la spiritualité concerne une force de cohésion et d'unification de la personne qui permet la construction du sens de la vie et reflète souvent l'ouverture à une transcendance.

b. DISTINCTION ENTRE ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL ET ACCOMPAGNEMENT PASTORAL

Il est important d'établir une différence entre accompagnement spirituel et accompagnement pastoral. L'accompagnement spirituel rejoint la dimension spirituelle de la personne composée de différents axes de structuration du sujet permettant à la personne malade ou en fin de vie de « défendre et de reconquérir l'unité de son être » selon ce qu'il identifie, en s'appuyant sur Bernard Matray, comme quatre lignes de force : « 1) elle tente d'être et de rester sujet; 2) elle élabore une parole sur le sens de sa vie; 3) elle construit ou consolide autour d'elle un réseau de solidarité; 4) elle s'affronte à la question de l'après-mort et d'un au-delà peut être accessible pour elle³ ». L'enquête effectuée auprès des usagers en courte durée, ainsi que notre expérience professionnelle sur le terrain, nous montre que ces quatre dimensions sont bien présentes. En chirurgie, la personne malade « tente d'être et de rester sujet » et « construit ou consolide autour d'elle un réseau de solidarité ». En médecine, particulièrement pour les situations de fin de vie, on ajoute l'élaboration d'une parole sur le sens de sa vie » et si « la question de l'après-mort et d'un au-delà peut être accessible pour elle ».

¹ Pereira, José. *L'accompagnement spirituel et religieux en fin de vie*. Mémoire de maîtrise en théologie. Université Laval, juillet 2004, pp. 55-59, Médiaspaul, 2007.

² deVillers Gérard, « Souffrances spirituelles et accompagnement », Espace éthique, La lettre 15-16-17, Hiver 2001-2002 [en ligne] http://www.espace-ethique.org/fr/result_biblio.php?MM_search=dossier&k_sg4_fk=10-21-&search=Chercher+ce+dossier (Page consultée le 25 mars 2004). Voir aussi Jean-Luc Héту, *L'humain en devenir. Une approche profane de la spiritualité*, Montréal, Fides, 2001.

³ Levain Claude, « Besoins spirituels : rencontres et expériences. Présentation », in *Rencontres à l'hôpital. L'aumônerie en question*, Hubert Auque et Claude Levain, éd., Genève, Labor et Fides, 2001, p. 58.

L'accompagnement pastoral, en revanche, fait appel spécifiquement aux ressources et aux références « propres à chacune des traditions dans lesquelles les personnes se situent ou ce qui fait « sens » pour la personne dans sa propre tradition⁴ ». Il souligne alors la différence qui existe entre ces deux types d'accompagnement : « dans l'accompagnement pastoral (accompagner quelqu'un appartenant à sa propre tradition), par opposition à un accompagnement spirituel (accompagner toute personne sans nécessairement faire référence à une tradition particulière) se pose évidemment la question de l'utilisation des ressources de cette tradition partagée, malgré tous les écarts et les incompréhensions possibles⁵ ».

L'accompagnement spirituel est en lui-même suffisant pour rejoindre les personnes malades dans l'expression de leurs besoins fondamentaux et dans ce qu'elles vivent et ressentent comme transformation de leur être en profondeur. En ce sens, il s'« autonomise » de l'accompagnement proprement pastoral. À mesure que le tissu religieux chrétien et les appartenances qui en découlent, qui autrefois imprégnaient tant le milieu de la santé que les individus qui le fréquentaient, se désagrègent lentement, ce type d'accompagnement sera appelé à devenir prépondérant. Toutefois, selon l'enquête et notre expérience, on peut constater que les références religieuses sont encore très largement présentes pour la clientèle âgée qui représente la majorité du nombre d'admissions en chirurgie et en médecine.

Il faut donc se rappeler qu'il est très à propos d'inscrire l'accompagnement spirituel dans un cadre de référence faisant appel à une tradition, afin de bien répondre aux besoins exprimés par la clientèle en courte durée. L'accompagnement pastoral apportera ainsi une dimension proprement « religieuse » à l'accompagnement spirituel qui en représente la base. Cet accompagnement s'enracine et se nourrit des symboles et des rites d'une tradition religieuse particulière, en l'occurrence, la foi chrétienne. La Parole biblique sera le fil conducteur qui soutiendra l'échange de nos paroles et nos gestes dans nos interventions.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid., p. 59.

4. ANALYSE DE L'ENQUÊTE SUR LES BESOINS SPIRITUELS ET RELIGIEUX DES USAGERS EN COURTE DURÉE

À partir des résultats de l'analyse menée en septembre 2005 sur les données provenant d'une enquête auprès des usagers, professionnels soignants et des animateurs de pastorale de la région de la Chaudière-Appalaches, on peut identifier et hiérarchiser les besoins spirituels et religieux des usagers (chirurgie et médecine). Ces besoins sont d'abord de l'**ordre de la relation**, avant d'être de l'**ordre de la pratique religieuse** ou de l'**ordre de la quête**.

1) Les besoins liés à la **relation** se déclinent selon trois catégories :

- i) Le besoin de **sentir une présence** que l'on peut dire « qualifiée » dans la mesure où celle-ci se manifeste comme **présence aimante** sur le registre de la bienveillance et de l'estime de soi (« sentir que j'ai de la valeur aux yeux de quelqu'un ou de Dieu », « sentir que Dieu m'aime », « se sentir considéré comme un humain à part entière », « besoin d'amour inconditionnel, de compassion, de tendresse ») et comme **présence consolante** sur le registre du réconfort et du support (« besoin de présence réconfortante et consolante », « besoin de support, de compréhension dans les moments difficiles », « d'être écouté »).
- ii) Le besoin d'**identifier la présence** et de se situer vis-à-vis cette présence (« identifier qui est Dieu pour moi »).
- iii) Le besoin d'**établir une relation** (« croire que je peux faire confiance à Dieu et qu'il peut me guider », « de vivre une relation avec Dieu »).

2) Les besoins liés à une forme de pratique religieuse visent à permettre à la personne de se réinscrire dans son univers spirituel et religieux propre. Il s'agit, pour l'utilisateur, de retrouver des points de repères au moyen des pratiques pastorales qui lui sont familières (« recevoir la communion », « être béni », « aller à la messe », « recevoir les sacrements », « prier »). Ces besoins semblent manifester un désir de cohérence et d'authentification de la personne qui a subi un événement bouleversant le cours de son existence.

3) Les besoins liés à une **quête** et un travail sur soi visent à entreprendre un cheminement pour permettre à la personne d'intégrer les événements vécus ou subis.

On peut observer qu'à travers la hiérarchisation des besoins spirituels et religieux par l'utilisateur se dessine un chemin que la personne semble chercher à emprunter : **d'abord se rassurer** (je suis toujours « moi » et je suis toujours estimable et aimable aux yeux des autres et à mes propres yeux), **ensuite se stabiliser** (recherche de points de

repères, de valeurs, et exercice de rites familiaux), **enfin entreprendre un travail pour intégrer** les événements, travail qui conduit la personne à se remettre en question et à se resituer.

Au cours de ce cheminement, la personne passe d'un registre qui est d'abord de l'**ordre de la passivité et de la continuité** (besoin d'une présence, se rassurer, se savoir toujours le même, se sentir aimé et estimé) vers un registre où elle se trouve de plus en plus dans l'**ordre de l'activité et de la créativité** (initiative, participation, questionnement, recherche, etc.)⁶.

On peut également repérer, dans cette analyse, que la présence d'un autre et la présence de Dieu sont fortement interreliées. On pourrait postuler que la présence de Dieu se trouve médiatisée et relayée par la présence réelle des personnes auprès de l'utilisateur. Cela pourrait être particulièrement vrai pour l'animateur de pastorale qui deviendrait en quelque sorte le témoin de la présence et de la non étrangeté de Dieu à l'expérience que l'utilisateur vit.

5. PHILOSOPHIE ET APPROCHES PRIVILÉGIÉES

UN ACCOMPAGNEMENT QUI S'ENRACINE DANS LE PRÉSENT ET QUI OUVRE UN AVENIR

L'animateur de pastorale, échappant à la logique des demandes multiples et simultanées des soins, peut être en mesure d'aborder le plus facilement **la perspective d'un regard et d'une présence qui ouvrent la possibilité d'une parole spirituelle** auprès de la personne malade en chirurgie et en médecine. Une présence ouverte à la dimension spirituelle de l'être humain et dans laquelle l'animateur de pastorale, en milieu hospitalier, puise sa créativité et à travers laquelle se reconnaît sa spécificité et sa fécondité.

a. DE LA RENCONTRE PONCTUELLE À L'OUVERTURE D'UN TEMPS DE CHEMINEMENT

Le travail de quête, de redécouverte de soi, de réappropriation de son corps, etc., bien qu'il peut être amorcé lors de l'accompagnement, ne se déploiera généralement qu'après la démarche d'accompagnement proprement dite, en

⁶ Il faut noter la différence de perceptions entre, d'une part, les animateurs de pastorale et les professionnels soignants et, d'autre part, les usagers, en ce qui a trait aux besoins spirituels et religieux. Les premiers ont tendance à porter une grande attention et à mettre l'emphase sur les besoins de type cheminement et questionnement (relecture et bilan de vie, révision et questionnement de ses croyances et de sa foi, recherche de réponse sur l'au-delà, etc.) alors que ces préoccupations ne semblent pas premières dans l'ordre des priorités qu'ont identifiées les usagers. L'utilisateur semble davantage préoccupé par des besoins de type relationnel et par la recherche de points de repères empruntés à sa tradition et à un univers rituel familial. Il est possible aussi qu'un certain vocabulaire et qu'un ensemble de concepts appartenant à la sphère psycho-spirituelle contemporaine, familiaux aux intervenants en pastorale, ne soient que très peu parlants pour les usagers (bilan de vie, travail sur les limites, relecture et récit de vie, etc.).

tant que fruits éventuels de cette dernière. D'où l'importance de faire un accompagnement qui permette à la personne de cheminer par elle-même au moment voulu ou au moment qu'elle aura choisi, une fois le traumatisme de la maladie et les traitements encourus.

Au moment de l'hospitalisation, l'utilisateur semble préoccupé par l'intégration de la dimension spirituelle devant s'actualiser dans le concret et dans l'ici et le maintenant (présence, support, reconnaissance) plutôt que sur un questionnement à propos du futur et des ouvertures possibles que la crise traversée pourrait occasionner (questionnement sur l'au-delà, révision des croyances, recherche d'ouverture au sens). L'utilisateur cherche à habiter ou réhabiter le présent, un présent modifié ou bouleversé par l'apparition de la maladie ou le traumatisme de la chirurgie ou des traitements. Ainsi, un accompagnement visant à répondre aux besoins des usagers en courte durée devra d'abord se déployer sur le registre de l'affectif avant le registre du cognitif.

b. L'IMPORTANCE DU TEMPS ALLOUÉ ET LA QUALITÉ DE LA RENCONTRE EN COURTE DURÉE

En unités de médecine et de chirurgie l'accompagnement se déroule sur une courte période. Il peut parfois se limiter à une seule rencontre, initiée souvent lors de la visite de l'animateur de pastorale dans les différents services ou encore à l'occasion d'une demande spécifique de la personne hospitalisée ou de ses proches. La perspective d'un accompagnement de courte durée entraîne un certain nombre de défis pour que cette démarche puisse être significative. Le principal défi que rencontrera l'animateur de pastorale est de pouvoir donner une qualité et une densité au temps de la rencontre. Par ailleurs, il s'agira de veiller à mettre en place des conditions pour que la rencontre puisse s'inscrire sur horizon de *kairos*⁷ pour la personne, à la fois au moment même de l'hospitalisation et dans la période qui suivra.

c. DE LA RÉCEPTION PASSIVE À L'IMPLICATION ACTIVE DANS L'ACCOMPAGNEMENT

Suivant l'analyse des besoins spirituels et religieux, on constate que la personne hospitalisée en courte durée manifeste ses besoins d'abord sur un mode de la passivité visant à se reconstituer comme sujet. Il s'agit pour elle d'avoir une présence qui atteste qu'elle n'a pas changé et qui soutient son estime de soi. Ce n'est que dans un second temps que la personne passera sur un registre plus actif où elle participera à des activités ou encore entreprendra un travail sur soi, ce qui a des conséquences importantes pour la démarche d'accompagnement. Il s'agit d'abord de pouvoir accueillir cette expérience de rupture que la personne fait et de pouvoir attester que cette rupture occasionnée par la maladie, une chirurgie, un traitement agressif, etc. ne remet pas en question ce que la

⁷ Mot grec qui désigne littéralement le « bon moment », le moment propice, approprié, opportun. Le temps du kairos deviendra le temps de la parole, du changement ou d'une décision qui résonnera au bon moment.

personne est fondamentalement. L'accompagnement doit permettre à la personne de se reconstituer en tant que sujet aux yeux des autres et à ses propres yeux.

6. SPÉCIFICITÉ ET ORIGINALITÉ DE L'APPROCHE PASTORALE

UN ACCOMPAGNEMENT QUI S'ANCRE DANS L'EXPÉRIENCE SPIRITUELLE DE LA PERSONNE

L'accompagnement spirituel et religieux prend sa source dans les besoins spirituels de la personne qui vit une situation de fragilité, d'angoisse et d'incertitude. Une fois ces besoins identifiés et reconnus, l'animateur de pastorale pourra aider la personne à cheminer en empruntant des points de repère qui lui sont familiers et signifiants.

a. LA DYNAMIQUE DE CHEMINEMENT SPIRITUEL : DE LA PASSIVITÉ À L'ACTIVITÉ

Comme nous l'avons vu à partir de l'analyse des résultats de l'enquête, les besoins spirituels de la personne en courte durée se présentent d'abord sous une forme passive : besoin d'être rassurée, d'être aimée, de se sentir estimée, etc. Ceci est important pour une démarche d'accompagnement qui devra d'abord permettre à la personne de consolider son identité et son estime de soi dans l'expérience difficile, voire tragique, qu'elle vit. L'analyse nous révèle que, dans un second temps, la personne cherchera à entamer une démarche plus active pour se relier aux autres et à elle-même. La dynamique de l'accompagnement visera ainsi à amener la personne d'un rôle passif par rapport à sa situation vers un rôle actif par rapport à son récit de vie, une telle démarche d'accompagnement s'articulera en deux temps . Soit de rejoindre la personne dans ce qu'elle vit pour ensuite l'amener à cheminer dans les relations à soi, aux autres et à Dieu.

b. LA MOBILISATION DES RÉCITS ÉVANGÉLIQUES DANS LA DÉMARCHÉ D'ACCOMPAGNEMENT

Les récits bibliques visent à la fois à rejoindre la personne dans ce qu'elle vit et d'amener cette personne à envisager des nouvelles perspectives et des nouveaux points de repère pour la croissance de son vécu de foi ou de sa démarche spirituelle. Selon la situation et l'expérience que vit la personne, différents types de récits évangéliques pourront être utilisés par l'animateur dans l'accompagnement. Nous pouvons repérer quatre grands types de récits évangéliques mobilisables : les récits de guérison, les récits de compassion, les récits de quête et les récits d'ouverture (Annexe 2)

C. LE TRAVAIL SUR LES IMAGES DE DIEU DANS LA DÉMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT

En travaillant sur les récits bibliques, la personne sera amenée à questionner l'image de Dieu qu'elle s'est construite ou qu'elle a héritée de manière traditionnelle. Parce qu'il est un être visité, l'homme se forge des images de ce Dieu visiteur avec qui il entre en relation. Dans l'accompagnement pastoral, les représentations et les images que la personne se fait de Dieu jouent un rôle très important. Ces représentations sont souvent héritées d'une certaine vision de Dieu véhiculée par un enseignement catéchétique datant de la période préconciliaire. Il n'est pas rare de trouver chez les personnes âgées aujourd'hui les images d'un Dieu tout-puissant, sévère et justicier. Cela influence, de manière importante, la relation que la personne développe avec Dieu, de même que la façon dont elle vivra les événements qui la bouleversent lorsqu'elle fait face à la maladie grave et à la mort prochaine. Dans le travail de deuil qu'elle doit entreprendre, il sera nécessaire, à travers l'accompagnement, de travailler avec elle les représentations de Dieu afin de les purifier de leur gangue trop marquée par la crainte et la culpabilité morbide. Pour d'autres personnes, les images de Dieu peuvent avoir été distordues par des expériences de vie qui ont fait en sorte que la personne a été conduite à se forger une certaine représentation de Dieu, souvent distant et étranger, si pas juge et censeur, encore trop souvent véhiculée et entretenue par les médias ou par un imaginaire collectif trop longtemps stigmatisé d'images négatives de Dieu ou de l'Église.

Plutôt que de proposer ou d'entretenir des modèles de représentations abstraites de Dieu, l'accompagnement doit pouvoir aider la personne malade à découvrir que Dieu vient la visiter personnellement dans ce qu'elle vit. L'accompagnement devrait permettre à la personne d'opérer le passage d'un Dieu juge à un Dieu de miséricorde, d'un Dieu distant à un Dieu présent, d'un Dieu abstrait à un Dieu personnel. L'accompagnement, au moyen des ressources bibliques appropriées, pourra permettre à la personne de réaliser un travail de révision et de réappropriation des images afin de la conduire à consolider sa relation à Dieu et son vécu de foi dans la nouvelle situation de fragilité. Différentes représentations signifiantes de Dieu pourront ainsi être travaillées : le Dieu de la visitation et de la non étrangeté, le Dieu de la miséricorde et de la compassion, ainsi que le Dieu de l'accomplissement et de la plénitude humaine (Annexe 2).

7. OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU PROGRAMME

OBJECTIF GÉNÉRAL # 1

Permettre à l'utilisateur d'être accueilli dans ce qu'il est, vit et croit.

L'ACCOMPAGNEMENT PERMETTRA À L'USAGER DE ↗

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

vivre une relation de confiance et d'authenticité propice à l'accompagnement spirituel et religieux

Moyens	<ul style="list-style-type: none">▪ Visite d'accueil (ou première rencontre ou première entrevue)▪ Faire connaissance, établir un premier contact, démontrer de l'intérêt, mettre la personne en confiance▪ Se mettre à l'écoute de l'utilisateur et repérer des éléments significatifs du vécu de la personne pour entamer éventuellement une démarche d'accompagnement▪ Présenter et offrir les services d'accompagnement et assurer une disponibilité pour un suivi éventuel selon les souhaits de l'utilisateur
Ressources	<ul style="list-style-type: none">▪ animateur de pastorale▪ Dépliant du service de pastorale
Indices d'évaluation des résultats	<ul style="list-style-type: none">▪ La personne parle de son vécu, se confie spontanément▪ Requête de suivi de la part de l'utilisateur▪ Échos positifs du personnel ou de la famille▪ Unité de mesure

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES <i>d'exprimer ses émotions, ses désirs, ses valeurs et ses croyances</i>	
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à ce que le contexte de la rencontre soit le plus favorable possible à l'ouverture et au dialogue, s'assurer que la personne soit disponible et qu'elle soit à l'aise ▪ Démontrer de l'intérêt à l'égard de ce que la personne exprime, en l'écoutant avec attention et en manifestant une qualité de présence ▪ Utiliser avec discernement les techniques de relation d'aide, spécialement le silence et le reflet ▪ S'informer de l'état de santé de l'utilisateur auprès du personnel ou dans le dossier médical pour adapter une démarche d'accompagnement spirituel ou pastoral appropriée.
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> ▪ animateur de pastorale ▪ Si nécessaire, accès à un local favorisant l'intimité et la confidentialité
Indices d'évaluation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'utilisateur se risque un peu plus loin dans l'élaboration de son vécu ▪ Signes d'appréciation de la part de l'utilisateur ▪ L'animateur saisit l'essentiel du vécu intérieur de l'utilisateur et il reconnaît son enjeu existentiel (capable de le nommer) ▪ Unité de mesure

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES <i>d'être accompagné dans sa croissance spirituelle et dans sa quête de sens</i>	
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'aider à identifier ce qui la raccroche à la vie, sa ou ses raisons de vivre, ce qui donne sens à sa vie ▪ Reconnaître avec la personne les indices exprimant un désir de vivre, de reconnaître la situation qu'elle vit, d'explorer le sens des limites ▪ Aider la personne à identifier ce qu'elle peut mobiliser dans ses ressources spirituelles ou religieuses actuelles ou passées ▪ Explorer, avec la personne, les ouvertures de sens possibles dans l'expérience de la souffrance et dans l'approche de la mort
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> ▪ animateur de pastorale ▪ Textes bibliques, réflexions sur différentes thématiques, prières, etc. ▪ Un cahier « journal de bord » offert à ceux qui s'expriment plus facilement par l'écriture ▪ Lieu propice pour l'accompagnement
Indices d'évaluation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La personne manifeste une attitude d'ouverture et se reconnaît dans un cheminement de croissance ▪ La personne est capable d'identifier plus clairement sa souffrance ▪ La personne nomme et mobilise ses propres ressources spirituelles dans sa réflexion sur son expérience ▪ Unité de mesure

OBJECTIF GÉNÉRAL # 2

Permettre à l'utilisateur de célébrer sa foi dans des rites adaptés à ses besoins.

L'ACCOMPAGNEMENT PERMETTRA À L'USAGER DE ↗

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES <i>bénéficiaire d'un accompagnement lui permettant de se relier à Dieu de manière personnelle</i>	
Moyens	<ul style="list-style-type: none">▪ Explorer avec la personne ses représentations de Dieu et la manière dont celles-ci influencent sa vision de la maladie, de la souffrance et de la mort▪ Aider la personne à reconnaître la présence et la non étrangeté de Dieu dans les épreuves qu'elle vit▪ Aider la personne à consolider sa relation avec Dieu dans une perspective de confiance et de croissance
Ressources	<ul style="list-style-type: none">▪ animateur de pastorale▪ Textes bibliques, prières, réflexions spirituelles et religieuses▪ Musiques d'ambiance favorisant la méditation et l'intériorisation▪ Lieu propice pour l'accompagnement ou la prière
Indices d'évaluation des résultats	<ul style="list-style-type: none">▪ La personne échange sur les textes qui sont abordés▪ La personne parle de sa relation à Dieu▪ La personne chemine dans l'interprétation de la réalité qu'elle vit en lien avec ses croyances, ses représentations de Dieu, ses expériences passées (notamment en ce qui concerne les peurs et la culpabilité), etc.▪ Unité de mesure

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

participer à des célébrations et à des activités liturgiques dans lesquelles la personne peut exprimer et vivre sa foi

Moyens	<ul style="list-style-type: none">▪ Célébrations de sacrements, de rites, de prières▪ Célébrations hebdomadaires de l'eucharistie ou de la Parole▪ Distribution de la communion eucharistique dans les chambres▪ Organisation d'activités spéciales en lien avec le calendrier des fêtes liturgiques ou thématiques spéciales (Journée mondiale des personnes malades, etc.)
Ressources	<ul style="list-style-type: none">▪ animateur de pastorale, bénévoles en pastorale▪ Livres de prières▪ Si nécessaire, accès à un local favorisant l'intimité▪ Chapelle
Indices d'évaluation des résultats	<ul style="list-style-type: none">▪ Demandes de participation des usagers aux sacrements, à la prière, etc.▪ Signes d'appréciation de la part de l'utilisateur▪ Unité de mesure (participations aux sacrements, rites, etc.)

OBJECTIF GÉNÉRAL # 3

Permettre à la famille d'être soutenue dans son cheminement auprès de son proche malade

L'ACCOMPAGNEMENT PERMETTRA À LA FAMILLE DE ↗

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

recevoir un accompagnement permettant un lien et une cohésion entre l'utilisateur, la famille et le personnel soignant

Moyens	<ul style="list-style-type: none">▪ Faire connaissance, établir un premier contact auprès de la famille▪ Se mettre à l'écoute de la famille, de ses craintes et de ses questionnements▪ Repérer les dynamiques familiales et favoriser le dialogue entre usagers, famille et personnel soignant▪ Offrir un accompagnement personnalisé auprès de la famille et des membres du personnel
Ressources	<ul style="list-style-type: none">▪ animateur de pastorale▪ Informations pertinentes recueillies auprès de l'utilisateur, de la famille et du personnel▪ Dépliant du service de pastorale▪ Lieux adaptés aux rencontres familiales
Indices d'évaluation des résultats	<ul style="list-style-type: none">▪ Requête de suivi de la part de l'utilisateur ou de la famille▪ Échos et commentaires du personnel ou de la famille▪ Dénouement et résolution de situations tendues ou conflictuelles entre usagers, famille ou personnel.▪ Unité de mesure

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

recevoir un soutien spirituel, en concertation avec l'usager, dans les prises de décisions ayant une portée éthique

Moyens	<ul style="list-style-type: none">▪ Offrir un soutien aux familles dans les processus de délibération éthique en vue d'une prise de décision▪ Accompagner des familles aux prises avec le stress et la détresse émotionnelle entourant les soins, les épreuves et les décisions▪ Faciliter la mise en place d'un consensus entre les différents acteurs des soins▪ Favoriser l'expression et la reconnaissance de la dimension spirituelle dans les soins et dans les décisions▪ Sensibiliser les acteurs du soin à l'importance du temps à se donner pour une prise de décision respectueuse des personnes et de leur cheminement
Ressources	<ul style="list-style-type: none">▪ animateur de pastorale▪ Si nécessaire, accès à un local favorisant l'intimité et le dialogue▪ Dépliants traitant de la dimension éthique dans différentes problématiques des soins▪ Dépliants et documents abordant la dimension spirituelle ou religieuse concernant la situation des soins
Indices d'évaluation des résultats	<ul style="list-style-type: none">▪ Analyse des résultats des interventions menées auprès de la famille quant à la facilitation de consensus et de décision▪ Évaluation et commentaires de la part du personnel et de la famille concernant l'accompagnement spirituel prodigué▪ Unités de mesures

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

être soutenue et accompagnée, à leur demande, lors de l'hospitalisation ou suite à un décès de son proche

Moyens	<ul style="list-style-type: none">▪ Soutien des familles dans l'épreuve de la maladie ou du deuil d'un proche en favorisant l'expression des émotions par les symboles, le récit▪ Célébrations ou rites avec les familles lors des décès▪ Intégration des familles dans les rites religieux (prières, sacrements, rituels) auprès de leurs proches
Ressources	<ul style="list-style-type: none">▪ Animateur de pastorale▪ Livrets de prières, rites de bénédictions, objets liturgiques et sacramentaux (eau bénite, chandelles, icônes, crucifix), etc.▪ Écriture et échange de lettres entre la personne hospitalisée et ses proches▪ Recours à la musique pour favoriser le recueillement et l'apaisement
Indices d'évaluation des résultats	<ul style="list-style-type: none">▪ Les différents modes de participation de la famille aux interventions pastorales▪ Les commentaires et les échos provenant de la famille ou du personnel▪ Les appels téléphoniques et les mots de remerciement de la part de la famille suite aux interventions

8. CONCLUSION

Ce document est le fruit d'un travail d'analyse et de réflexion visant à proposer un programme d'accompagnement spirituel et religieux pour les personnes hospitalisées dans les unités de médecine et de chirurgie. Les pistes et les perspectives développées sont issues des résultats d'une enquête menée auprès des usagers pour identifier et connaître leurs besoins spirituels et religieux afin de pouvoir y répondre de la manière la plus pertinente et appropriée. Cette réflexion systématique vise à préciser le rôle et les interventions des animateurs de pastorale en vue de faire connaître l'approche spécifique et la pertinence d'un accompagnement spirituel et religieux dans le cadre plus global des soins prodigués à ce type de clientèle. Cet accompagnement s'inscrit, à part entière, dans la mission d'un établissement de santé couvrant des services de chirurgie et de médecine.

9. L'ÉVALUATION DU PROGRAMME

L'évaluation du présent programme visera à examiner et à juger de la qualité et de la pertinence de ses différentes composantes, tant au plan de son élaboration qu'à celui de son implantation dans les milieux de soins concernés.

Deux types d'évaluation seront appelés à être mis en œuvre : l'évaluation du processus d'implantation lui-même et l'évaluation des résultats concrets suite à son application.

Une évaluation complémentaire s'attachera également à mesurer l'impact du programme au niveau des pratiques de soins et des interventions auprès des clientèles visées (voir la démarche d'évaluation présentée à l'annexe 3)

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

- AMBEC, Jacques, *Évangile de la compassion*, Versailles, Éd. Saint-Paul, 2001, 190 p.
- BASSET, Lytta, « La compassion, une reconnaissance d'autrui et de soi », *Revue d'éthique et de théologie morale « Le supplément »*, No. 222. Septembre 2002, pp. 53-68.
- BERARD, Arnaud, *L'onction des malades. Sacrement de guérison ou de préparation à la mort?*, Paris, Pierre Tequi Éditeur, 1996, 125 p.
- BERGERON, Richard, « Pour une spiritualité en santé », *La revue de l'Association québécoise de la pastorale de la santé*, N^o. 63, Février 2004, pp. 17-23.
- BERGERON, Richard, *Renaître à la spiritualité*, Montréal, Fides, 2002, 295 p.
- BIANCHI, ENZO, et MANICARDI, Luciano, *L'accompagnement des malades*, Genève, Ed. Parole et Silence, 2003, 90 p.
- BIJU-DUVAL, Denis, *Le psychique et le spirituel*, Paris, Éd. de l'Emmanuel. 2001, 315 p.
- BURDIN, Léon, *Parler la mort. Des mots pour la vivre*, Paris, Desclée de Brouwer, 1997, 283 p.
- BUREAU, Ginette, « La fonction thérapeutique du récit de vie », in Jean Desclos, dir., *L'anthropologie spirituelle. Jalons pour une nouvelle approche théologique*, Montréal, Médiaspaul, 2001, pp. 57-73.
- CARRÉ, Nicole, *Préparer sa mort*, Paris, Les éditions de l'Atelier, Coll. « Mieux vivre », 2001, 141 p.
- DREWERMANN, Eugen, *La parole qui guérit*, Paris. Cerf, 1993, 329 p.
- DURAND, Guy et MALHERBE, Jean-François, *Vivre avec la souffrance. Repères théologiques*, Montréal, Fides, 1992, 114 p.
- GANZEVOORT, Inge, « Pourquoi, pour qui les soignants appellent-ils un aumônier ? », in *Rencontres à l'hôpital. L'aumônerie en question*, Hubert AUQUE et Claude LEVAIN, éd., Genève, Labor et Fides, 2001, pp. 63-72.
- GESCHÉ, Adolphe, *Dieu pour penser VII : Le sens*. Paris, Cerf, 2003, 188 p.
- JAVARY, Christelle, *La guérison. Quand le salut prend corps*, Paris, Cerf, 2004, 171 p.
- LAPOINTE, Guy, *L'action pastorale à l'heure du virage ambulatoire*. Montréal, Fides, 2000, 104 p.
- LE BOUËDEC, Guy, « Spécificité de la posture d'accompagnement », *Revue d'éthique et de théologie morale « Le Supplément »*, No 222, Sept. 2002, pp. 29-51.
- LEFEBVRE, François, *Relation d'aide et questions religieuses*, Ottawa, Novalis, 2005, 117 p.
- LEMIEUX, Raymond, « Les croyances des Québécois », *Interface*, Vol. 12, No. 2, mars-avril 1991, pp. 19-25.
- LEMIEUX, Raymond, MONTMINY, Jean-Paul, BOUCHARD, Alain, MEUNIER, É.-Martin, « De la modernité des croyances : continuités et ruptures dans l'imaginaire religieux », *Arch. Sc. soc. des Rel.*, No. 81, Janvier-mars 1993, pp. 91-115.
- LEMIEUX, Raymond, « Profil sociologique des religiosités contemporaines », dans Jean Hamelin (dir), *Les catholiques d'expression française en Amérique du Nord*, Bruxelles, Éditions Brépols, 1995, pp. 124-142.
- LENOIR, Frédéric, *Les métamorphoses de Dieu. La nouvelle spiritualité occidentale*, Paris, Plon, 2003, 403 p.
- LEVAIN, Claude, « Besoins spirituels : rencontres et expériences. Présentation », in *Rencontres à l'hôpital. L'aumônerie en question*, Hubert AUQUE et Claude LEVAIN, Éd., Genève, Labor et Fides, 2001, pp. 57-62.

- MATRAY, Bernard, *La présence et le respect. Éthique du soin et de l'accompagnement*, Paris, Desclée de Brouwer, 2004, 271 p.
- MONBOURQUETTE, Jean et LUSSIER-RUSSELL, Denise, *Le temps précieux de la fin*, Montréal, Novalis, 2003, 286 p.
- MONBOURQUETTE, Jean, *De l'estime de soi à l'estime du Soi. De la psychologie à la spiritualité*, Montréal / Paris, Novalis / Bayard, 2002, 223 p.
- NADEAU, Marie-Thérèse, *L'onction des malades*, Québec, Éditions Anne Sigier, 1995, 155 p.
- NIZET, Isabelle, « Silence et accompagnement », *Les cahiers des soins palliatifs*, Vol. 3, No. 2, 2002, pp. 5-20.
- NOUWEN, Henri J. M., *Les trois mouvements de la vie spirituelle*, Montréal, Bellarmin, 1998, 211 p.
- RIMBAUT, Gwennola, « Évolution du mot spirituel et émergence d'une nouvelle articulation spirituel – religieux dans les aumôneries d'hôpitaux », *Revue d'éthique et de théologie morale « Le Supplément »*, No. 222, Sept. 2002, pp. 103-115.
- ROCHAT, François, *La crise de guérison. L'accompagnement spirituel des personnes souffrantes*, Paris, Centurion, 1992, 239 p.
- SAINT-ARNAUD, Yvon, *La relation d'aide pastorale*, Ottawa, Novalis, 2005, 129 p.
- UGEUX, Bernard, *Guérir à tout prix?*, Paris, Les éditions de l'Atelier, 2000, 244 p.

ANNEXE 1 – Points de repère pour l’accompagnement spirituel et religieux en fin de vie⁸

Pour permettre à la personne malade ou en état de grande fragilité de redonner un sens à ce qu'elle vit, le type d'accompagnement proposé sera déterminant. Pour tenir compte de la réalité que vit cette personne, et pour que le cheminement, qui lui est offert, lui soit réellement parlant, il est nécessaire d'inventer des nouvelles formes d'accompagnement en prenant, comme point d'ancrage, le sujet et ce qu'il vit plutôt qu'en proposant un modèle établi a priori qui viserait un « bénéficiaire » de services⁹.

Il s'agit donc, pour l'animateur de pastorale, d'opérer le déplacement de la proposition d'un modèle vers la reconnaissance d'un sujet, d'une démarche descendante vers une démarche ascendante qui replace la personne à l'origine et au cœur de la dynamique d'accompagnement. Cela implique aussi de risquer un engagement dans une relation où l'animateur de pastorale, quel qu'il soit, aura à cheminer aux côtés et au rythme de la personne malade.

Mettre en œuvre un accompagnement qui s'inscrit dans ce déplacement vers le sujet demande une manière d'être qui se démarque de celle que l'on retrouve ordinairement dans le monde hospitalier moderne, une manière d'être qui suscite le passage d'une histoire médicale d'un cas vers une histoire personnelle d'un sujet. Il s'agit de retrouver et de recréer une véritable hospitalité qui se définit par un autre regard, une autre présence et une autre parole. Une telle perspective rejoint celle présente dans les périscopes évangéliques que nous venons d'aborder et qui est développée à l'annexe 2. Nous présentons ici une synthèse de la démarche d'accompagnement.

a. UN AUTRE REGARD

↳ LE REGARD DE L'AUTRE ET SUR L'AUTRE

Le regard est la fenêtre qui nous ouvre sur l'autre et qui nous permet d'entrer en relation avec lui : regarder représente un premier geste, un premier pas, que l'animateur de pastorale franchit pour manifester son accueil à l'autre. Le regard que le malade perçoit se poser sur lui revêt une grande importance, il se charge d'une signification

⁸ Cette partie est empruntée au cadre théorique que l'on retrouve exposé et développé dans José Pereira, *L'accompagnement spirituel et religieux en fin de vie*, pp. 36-54, Éditions Médiaspaul, printemps 2007.

⁹ Marc Pelchat précise l'importance de ce changement dans les pratiques pastorales : « Les interventions pastorales sont des actions qui impliquent des sujets et qui visent à les rétablir, si c'est le cas, dans leur qualité de sujet. La relation pastorale suppose une confiance fondamentale en la capacité des personnes d'être les sujets actifs de leur destinée, d'assumer l'angoisse de la finitude humaine et d'être les acteurs de leur recherche d'un salut, de leur recherche de Dieu. » in Marc Pelchat, « La mission de la pastorale en milieu de santé. Originalité, spécificité, contexte », *Cahiers d'études pastorales*, No 9, 1991, p. 64.

particulière dans ces moments de fragilité. Il y a un véritable effet miroir du regard. Voilà pourquoi il est important d'être attentif au regard que l'on pose sur l'autre : un regard qui reconnaît d'abord la pauvreté de l'autre, qui l'accueille et qui lui atteste sa dignité.

↳ **LE REGARD LIBRE DE TOUT PRÉJUGÉ**

Un autre regard, c'est un regard qui n'est pas chargé de présupposés et de préjugés. C'est un regard neuf, un regard libre. Un autre regard n'est donc pas dicté, orienté, dirigé a priori. Il n'est pas comme celui du navigateur qui se repère à partir de sa carte, mais bien comme celui de l'explorateur qui se repère à partir de son environnement.

↳ **LE REGARD SUR LE CORPS-SUJET**

Le regard porte toujours sur un corps. Le regard du spécialiste est avant tout un regard mécaniste qui étudie le corps à la manière d'un objet, qui l'objective pour mieux comprendre son fonctionnement ou plutôt son dysfonctionnement. Poser un autre regard, et cela est vrai pour tout professionnel œuvrant dans le domaine de la santé, c'est opérer le passage du corps-objet, le corps que nous avons, au corps-sujet, le corps que nous sommes. Un autre regard sera donc celui qui pourra permettre de restaurer le corps comme appartenant avant tout à un sujet.

b. UNE AUTRE PRÉSENCE

↳ **UNE PRÉSENCE OUVERTE À L'AUTRE**

Une autre présence, celle du tiers, c'est aussi l'ouverture à une autre présence que simplement la sienne. En étant seul, il y a toujours le danger d'un repli sur soi, d'une réduction de son univers à une sphère centrée sur soi et qui se rétrécit toujours. L'altérité, l'autre présence, devient le garant d'une ouverture nécessaire pour que la personne puisse réellement se révéler à elle-même et trouver un sens à ce qu'elle vit. L'altérité, qu'elle soit présente en nous par des traces ou à nous par un autre, est ce qui fondamentalement nous révèle, nous fait exister, nous permet de nous jeter dans l'existence. Malgré nos blessures et nos combats, il y a toujours, par la présence de l'autre que soi et en soi, la possibilité d'une vie accomplie, bénie, même si brisée par moments.

↳ **UNE PRÉSENCE QUI SE MANIFESTE PAR LA MAIN TENDUE**

La dimension du toucher est omniprésente dans les rapports que nous établissons avec les personnes hospitalisées. Que ce soit dans les soins techniques ou dans les soins d'hygiène, le toucher vise d'abord et avant tout à contribuer au rétablissement de la santé du malade et à lui témoigner un respect de sa dignité. Ne pourrions-nous pas voir, alors, dans le toucher, que ce soit prendre la main ou caresser l'épaule, le meilleur moyen pour l'animateur de

pastorale d'entrer en relation et en communication avec la personne aux prises avec l'angoisse de la maladie ou de la mort prochaine?

C. UNE AUTRE PAROLE

↳ L'IMPORTANCE D'ÉCOUTER : LA PAROLE DE L'AUTRE

La qualité du regard et de la présence de l'animateur de pastorale débouche sur une capacité d'écoute et de parole. Dans tout accompagnement, la tâche première de l'animateur de pastorale est l'écoute, celle de la parole de l'autre. L'écoute est d'abord un mouvement de disponibilité que la personne malade va percevoir, tant au plan psychologique, qu'au plan corporel. Elle est centrale pour la relation d'accompagnement auprès des personnes malades. Elle représente un acte qui permet à l'« écouté », la personne malade, de se *relier* à la communauté en verbalisant ce qu'elle vit sous la forme d'une séparation et d'une exclusion.

↳ ENTENDRE ET COMPRENDRE : UNE AUTRE PAROLE

Souvent le malade ne se sent pas compris de l'intervenant qu'il rencontre ou encore de sa famille. Or, accompagner c'est avant tout *comprendre*, prendre avec, vivre avec la personne. Comprendre quelqu'un dans un tel sens revient à s'engager auprès du malade, d'entamer avec lui un cheminement, une recherche. Il ne s'agit pas d'une recherche rationnelle, d'une tentative de donner des explications ou de répondre à des questions, mais bien d'une recherche spirituelle.

↳ PRENDRE ET PASSER LA PAROLE : L'AUTRE DE LA PAROLE

Bien que le malade soit le premier acteur de la parole dans l'accompagnement, nous risquerions de tomber dans le piège de l'accompagnement passif si cette parole ne trouvait aucun écho de la part de l'animateur de pastorale. En réaction à un accompagnement directif et quelque peu paternaliste, une certaine conception contemporaine de l'accompagnement a tendance à reléguer l'animateur de pastorale à un rôle de présence silencieuse. Dans l'accompagnement, l'animateur de pastorale est invité, au moment opportun, à prendre l'initiative de la parole, non pas pour s'en assurer la maîtrise ou le monopole, mais bien pour permettre son expression en la redonnant ensuite à la personne malade, mourante ou à celles qui l'entourent. En prenant le risque de la parole, il rend possible la création d'un sens pour la réalité que vit la personne malade et que cette dernière ne peut pas toujours exprimer à travers la souffrance qu'il ressent. L'animateur de pastorale agit alors comme un « éveilleur de parole¹⁰ » et comme un passeur de parole, lorsque cette parole se trouve bloquée, emmurée dans un silence qui n'est pas choisi, mais

¹⁰ Léon Burdin, *Parler la mort. Des mots pour la vivre*, Paris, Desclée de Brouwer, 1997, p. 45.

s'imposant comme gênant et pesant. Il prend la parole lorsque cette dernière se retrouve en attente et il la relance en invitant, avec prévenance, un échange mutuel de parole par les autres personnes présentes. Il devient le relais de la parole d'un autre. En prenant une autre parole, il se manifeste comme l'autre de la parole. Puis, en passant la parole, il devient lui-même passage par lequel la parole peut continuer à se transmettre.

ANNEXE 2 – Outils pour mettre en œuvre la dimension religieuse de l'accompagnement

A1. Le travail à partir des récits évangéliques

Exemple de quelques récits mobilisables et leur pertinence pour l'accompagnement :

- 1) **Les récits de guérison** : un travail à partir de ces récits visera à amener la personne à identifier son expérience de la fragilité et de la maladie à celles mises en scènes dans le récit afin de percevoir d'une part, l'espoir et l'espérance qu'inaugurent la parole et la promesse de Jésus, et d'autre part, à voir dans le processus de guérison physique, un salut qui est à l'œuvre.
 - Le sourd-bègue : *Mc 7, 31-37.*
 - L'aveugle de Bethsaïde : *Mc 8, 22-26.*
 - La femme qui toucha le vêtement : *Mt 9, 20-22 ; Mc 5, 25-34 ; Lc, 8, 43-48.*
 - La guérison du paralytique : *Mt 9, 1-8 ; Mc 2, 1-12 ; Lc 5, 17-26.*
 - La guérison du serviteur d'un officier romain : *Mt 8, 5-13 ; Lc 7, 1-10.*
- 2) **Les récits de compassion** : un travail à partir de ces récits visera à faire prendre conscience à la personne malade que Dieu n'est ni étranger ni absent à l'expérience de fragilité qu'elle vit. Cette non étrangeté de Dieu se trouve également relayée à travers le prendre soin et l'accompagnement spirituel qui lui est prodiguée.
 - La parabole du fils prodigue : *Lc 15, 11-32.*
 - La parabole du bon samaritain : *Lc 10, 25, 37.*
 - La visitation de Marie à Élisabeth : *Lc 1, 39-45.*
 - Le récit de Marie au pied de la croix : *Jn 19, 23-27 ; Mt 27, 55-56 ; Mc 15, 40-41 ; Lc 23, 49.*
- 3) **Les récits de quête** : Ces récits pourront être utilisés pour illustrer la manière dont Jésus, au moyen d'une présence et d'une écoute active, invite la personne à entamer, à même une situation de fragilité ou d'échec, une quête et un cheminement de croissance spirituelle.
 - Les disciples d'Emmaüs : *Mc 16, 12-13 ; Lc 24, 13-35.*
 - La samaritaine : *Jn 4, 7-30.*
- 4) **Les récits d'ouverture** : Ces récits pourront être mobilisés pour amener la personne, en fin de vie, à prendre une distance par rapport à l'expérience de clôture de sens ou de mise en échec de l'espoir qu'elle vit en inscrivant son espérance sur un horizon de salut.
 - Le discours d'adieu de Jésus (mettre notamment en relief son rôle rétrospectif et son rôle prospectif pour la personne en fin de vie) : *Jn 13, 31-38 ; Jn 14, 1-31.*
 - Le bon larron et la promesse de salut : *Lc 23, 39-43.*

A2. Le travail sur les représentations de Dieu¹¹

Exemple de quelques pistes pour travailler les représentations de Dieu avec les personnes malades :

- 1) **Le Dieu de la Visitation et de la non étrangeté** : une première figure à travailler et à proposer dans l'accompagnement pastoral est celle du Dieu de la Visitation. C'est la figure dominante qui se dégage lorsque nous scrutons les images de Dieu véhiculées dans les récits bibliques. La Bible foisonne en effet des représentations d'un Dieu qui visite collectivement et individuellement les hommes, qui se rend présent au milieu d'eux et qui se révèle à eux, qui habite leur lieu d'existence tout comme il habite leur cœur. Loin d'être un Dieu distant, le Dieu biblique se redécouvre comme un Dieu qui se fait proche de l'homme, qui le visite, « *un grand prophète s'est levé parmi nous et Dieu a visité son peuple* » (Lc 7, 16), et qui appelle l'homme à visiter à son tour ses semblables, « *j'étais un étranger et vous m'avez accueilli, nu et vous m'avez vêtu, malade et vous m'avez visité, prisonnier et vous êtes venus me voir* » (Mt 26, 35-36). Nous pouvons saisir ici toute la richesse qu'une telle représentation de Dieu peut apporter dans l'accompagnement. La relation d'accompagnement, dans sa dimension pastorale, s'ouvre sur la figure d'un Dieu qui visite la personne, qui habite la relation, qui transfigure cette relation en ouvrant une perspective nouvelle de sens, tant en termes de signification qu'en termes de direction. La figure d'un Dieu qui rend visite demeure capitale lorsque la personne hospitalisée relit et reedit son récit de vie marqué par l'imprévu et la surprise, d'une part des événements qu'elle vit et d'autre part les occasions de rencontres que ces mêmes événements représentent. La présence de l'accompagnateur pastoral auprès de la personne mourante s'inscrit dans cette dynamique d'un récit « visité » par l'altérité. Un « Je » visité par un « Il » qui devient la rencontre avec un « Tu », un alter ego et non plus un étranger.
- 2) **Le Dieu de la miséricorde** et de la compassion : une deuxième représentation de Dieu, qui peut aider à structurer le désir dans l'accompagnement, est celle du Dieu de la miséricorde. Cette image est d'autant plus importante dans la mesure où la personne malade est appelée à ouvrir sa relecture de vie à une rencontre prochaine avec le Tout Autre, rencontre marquée par le *mysterium tremendum*. L'image d'un Dieu juge et vengeur rendrait cette perspective tout à fait intolérable et la personne malade, face à sa fragilité humaine et à une vie marquée de blessures et d'échecs, se retrouverait écrasée à l'idée même de rencontrer une telle transcendance. En revanche, le Dieu de la miséricorde, à l'image du Père de l'enfant prodigue (Lc 15, 11-32), est celui qui se précipite à la rencontre de son enfant aimé sans égard à la faute et aux limites. Il est le Dieu de l'accueil inconditionnel, le Dieu de l'Amour dont le regard ne s'arrête pas à nos blessures mais scrute

¹¹ Ces différentes représentations sont développées dans José Pereira, *L'accompagnement spirituel et religieux en fin de vie*, pp. 71-78.

impatiemment notre retour. Un retour qui ouvre un temps de fête, de réjouissance, d'abondance. Le Dieu de la miséricorde n'est pas seulement celui qui efface la faute mais surtout le Dieu du pardon, celui qui donne en excès. Nous pouvons facilement concevoir ce qu'une telle représentation de Dieu peut apporter de fécondité et d'espérance dans la relation d'accompagnement qui se construit à l'ombre d'une telle figure. La culpabilité se trouve effacée par une promesse d'amour et de sérénité ouverte sur un avenir. La personne enfermée dans la souffrance et l'isolement trouve avec le Dieu de la miséricorde une brèche dans son présent qui ouvre une espérance.

- 3) **Le Dieu de l'accomplissement et de la plénitude humaine** : enfin, une troisième figure de Dieu que nous avons choisi d'approfondir, parce que particulièrement parlante dans la relation d'accompagnement, est celle du Dieu de la plénitude humaine, du Dieu de la liberté. Cette figure découle des deux précédentes. Un Dieu de miséricorde qui nous visite, nous invite à notre tour à entrer en relation avec les autres, surtout dans la dernière étape de la vie. Cette perspective est d'autant plus importante pour l'accompagnement pastoral dans la mesure où elle permet à la personne mourante d'entrer dans une dynamique d'ouverture, d'accueil, de réconciliation, de pardon et d'abandon, tant avec son entourage dans ce temps et ce lieu qu'elle habite, ici et maintenant, que dans le temps et le lieu qu'elle est appelée à habiter selon la promesse de l'espérance chrétienne. Ainsi, Dieu devient véritablement le Dieu de la plénitude humaine. Nous rejoignons ici la pensée de St-Augustin dans ses Confessions lorsqu'il dit en s'adressant à Dieu : « parce que vous nous avez créés, pour vous, et que notre cœur est inquiet jusqu'à ce qu'il repose en vous ».

ANNEXE 3 – L'ÉVALUATION DU PROGRAMME¹²

➤ Évaluation d'implantation

Il s'agit de mesurer le degré d'implantation des différentes composantes d'un programme-clientèle. Ce type d'évaluation se base sur la comparaison entre le programme projeté et ce qui existe effectivement. L'évaluation de l'implantation est souvent l'étape préliminaire de tout processus d'évaluation du programme-clientèle.

➤ Évaluation de résultats

Il s'agit de mesurer le degré d'atteinte des objectifs spécifiques du programme-clientèle ou l'efficacité réelle du programme. Les indicateurs de résultats répertoriés à droite du tableau de programmation contiennent les informations requises pour cette évaluation.

➤ Évaluation de processus

Il s'agit de mesurer le degré de pertinence et d'efficacité des activités et de leur déroulement en fonction des objectifs poursuivis auprès de la clientèle de ce programme. La satisfaction des usagers et des intervenants à l'égard des activités et de leur déroulement, la cohérence des activités avec les objectifs, la précision avec laquelle elles sont réalisées et leur degré de conformité avec le plan, sont autant de points sur lesquels cette évaluation s'appuie. Ces évaluations relèvent habituellement de la recherche évaluative et des activités d'amélioration continue de la qualité.

➤ Évaluation de la structure et des ressources

L'évaluation de la structure concerne la qualité et l'efficacité de la structure de gestion « clinico-administrative » et des mécanismes de coordination et de concertation mise en place à cette fin. Quant aux ressources, il s'agit de mesurer l'efficacité et l'efficience, de même que la qualité et la quantité des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles utilisées dans le programme, en fonction de la réalisation des activités prévues et des objectifs poursuivis auprès de la clientèle.

¹² Les informations qui suivent ont été tirées du « Guide d'élaboration-clientèle » Centre hospitalier Robert-Giffard, mars 2003, pp. 29-30 et de la formation aux animateurs de pastorale du CPSSS, novembre 2003.

➤ **Évaluation de l'efficacité de l'approche retenue**

Il s'agit de mesurer le degré de pertinence de l'approche retenue en identifiant, de manière rigoureuse, les déterminants (variables déterminantes significatives) des résultats obtenus (le pourquoi ça marche ou ça ne marche pas). Ces évaluations relèvent en général de la recherche clinique et concernent notamment la fidélité au modèle.

➤ **Évaluation de la pertinence**

Il s'agit d'évaluer l'effet du programme sur la clientèle. Il s'agit aussi d'évaluer dans quelle mesure le programme contribue, soit à la réalisation de la vocation du centre, soit à la réalisation de sa mission. Le programme peut être performant quant aux résultats, aux processus, mais relever en tout ou en partie de la mission d'une autre organisation ou d'un autre établissement. Il s'agit du fondement de la raison d'être du programme.

Les résultats de l'évaluation doivent supporter la prise de décision clinique et administrative concernant le programme-clientèle. Ces décisions portent habituellement sur la poursuite, la modification ou l'abandon d'un objectif, d'une approche, d'une activité, d'une ressource, d'un volet de programme ou de l'ensemble du programme.

ANNEXE 4 – BESOINS SPIRITUELS ET RELIGIEUX

Présentation en six catégories : énoncés tirés du QBSR (CPSSS, 2004)

1. Quête de sens : identifier, comprendre et chercher un sens

- D'identifier qui est Dieu pour moi
- De faire le bilan de ma vie pour voir où j'en suis et ce qui est important pour moi
- De trouver des réponses sur la vie après la vie, l'au-delà
- De réviser, questionner ma foi, mes croyances en Dieu ou en un être suprême
- De trouver un sens à la maladie, la souffrance, les pertes, la vie, la mort...
- De rechercher la volonté de Dieu à travers ce que je vis

2. Être relié aux autres : accompagnement

- D'amour inconditionnel, de compassion, de tendresse
- D'être considéré comme un humain à part entière
- D'être écouté (avec mes difficultés d'expression, d'attention)
- De confidentialité et de discrétion
- De présence réconfortante, consolante
- De sentir que j'ai de la valeur pour quelqu'un
- De support, de compréhension dans les moments difficiles

3. Ouverture à la vie : regard sur soi qui ouvre à la vie

- De croire que je peux faire confiance à la vie
- De garder une attitude d'ouverture face à l'avenir
- De me sentir libre intérieurement
- De reconnaître et respecter mes limites

4. Ouverture à Dieu : relation personnelle intériorisée

- De croire que je peux faire confiance à Dieu, qu'il peut me guider
- De sentir que j'ai de la valeur aux yeux de Dieu
- De sentir que Dieu est présent dans ma vie et qu'il m'aime
- De vivre une relation avec Dieu ou un être suprême

5. Pratique

- D'aller à la chapelle
- D'aller à la messe
- D'être béni
- De prier ou d'être guidé dans ma prière personnelle
- Recevoir la communion
- Recevoir les sacrements

6. Le besoin de cheminer, d'intégrer, de se dépasser

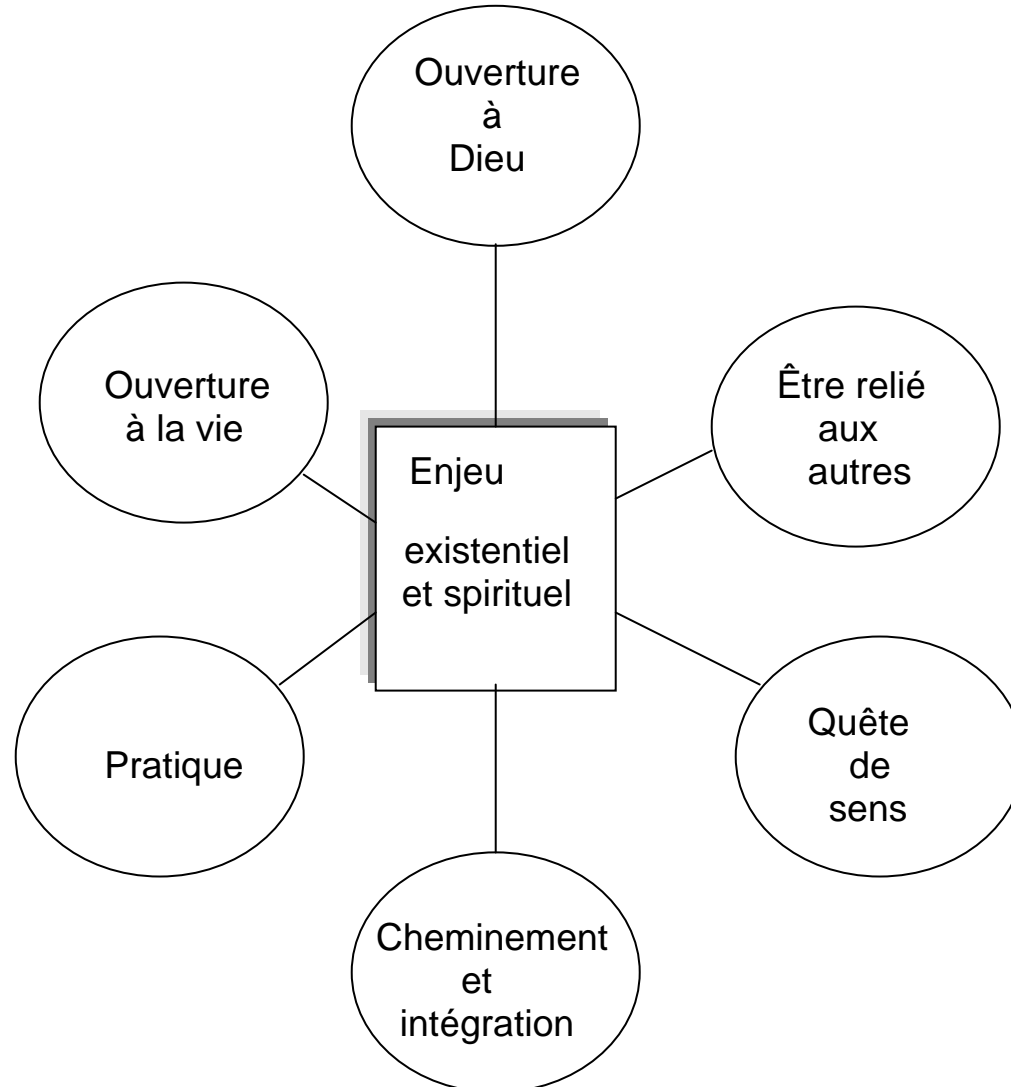
Cheminer face à certains thèmes :

- Approche de la mort
- Culpabilité
- Pardon
- Dénouer des nœuds, régler des choses

A1. Tableau : enjeux existentiel et spirituel

Les besoins spirituels et religieux :

situés face à l'enjeu d'une clientèle ou d'un usager





**Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec 