

Certificat de formation continue universitaire

**Éthique et spiritualité
dans les soins**



UNIVERSITE DE Fribourg / UNIVERSITÄT FREIBURG

Comité directeur
M. Thierry Collaud et
M. Michel Fontaine
Tuteur, Etienne Rochat

Travail final de validation du certificat

**Evaluation de la dimension spirituelle
chez les personnes hospitalisées
en psychiatrie**

**Jean-Charles Mouttet
Aumônier – Accompagnant spirituel
Les Courtats 3
2942 Alle**

Alle, le 8 juin 2010

1. Introduction

Pourquoi vouloir évaluer la dimension spirituelle ?

Pourquoi vouloir le faire avec les personnes hospitalisées en psychiatrie ?

Ma pratique pastorale en clinique psychiatrique génère un questionnement constant. Semaine après semaine, les rencontres vécues attisent des interrogations. Longtemps je me suis laissé interpellé seul, parfois dans un partage cordial avec une équipe soignante. Il a fallu que j'entreprenne un parcours de formation continue post-universitaire en éthique et spiritualité dans les soins pour réaliser que mes questions peuvent avoir un retentissement beaucoup plus large. Ce que je vis en exerçant mon ministère d'aumônier dans une institution de soins relève à la fois de mon implication personnelle, mais également de la philosophie soignante qui donne la teinte à ma manière d'être présent auprès des patients. Autrement dit, je réalise comment mon engagement d'accompagnant spirituel participe à l'éthique des soins dans la clinique. Cela est vrai pour tous les acteurs de la santé. En avoir conscience donne un nouveau relief à mon insertion clinique.

Traverser, avec d'autres soignants, plusieurs mois de formation sur le thème précité vient interpellé ma place et mon rôle d'aumônier. Cela ne bouleverse pas fondamentalement la perception que j'ai de mon travail, mais me provoque à préciser la spécificité de mon action. Cela étant imbriqué dans un agir soignant collectif, celui-ci est appelé à s'adapter.

Ma fonction d'aumônier est institutionnellement reconnue. Elle l'est également par toutes les équipes soignantes avec lesquelles je collabore. En soi, mon statut ne suscite pas une réflexion éthique. Mais prétendre, comme je le fais dans cette recherche, que l'accompagnant spirituel peut jouer un rôle thérapeutique et que celui-ci va s'amplifier par l'intégration de la dimension spirituelle dans la prise en charge globale des patients, amène à un nécessaire repositionnement éthique de l'ensemble de l'institution de soins. Cette recherche conduit à un « seuil qualitatif ». Quand bien même celle-ci n'a pas été mandatée institutionnellement. Le simple fait de mener à bien cette analyse, avec ce qu'elle a déjà provoqué dans la collaboration immédiate avec les soignants, porte des conséquences. Il n'est pas exclu que ces lignes initient un « saut qualitatif provoquant une nouvelle régulation des valeurs institutionnelles et une plus grande humanisation et des soins et de ceux qui en sont acteurs »¹. Encore une fois, je suis convaincu qu'il en est ainsi à chaque fois qu'une perspective thérapeutique se modifie au sein d'un service de soins.

¹ : « Seuil et saut qualitatifs » sont empruntés à Catherine PERROTIN, intervenante lors du module 6 de la formation « Ethique et spiritualité dans les soins – Certificat de formation continue universitaire », Fribourg 2009-2010, le 24.03.2010.

1.1 Travail d'appropriation d'un certificat de formation

Les pages que vous vous apprêtez à lire sont donc le travail d'appropriation nécessaire à la validation d'une formation dont la consigne est : « élaborer un travail original de réflexion et/ou de recherche à partir des thèmes abordés durant la formation, mis en lien si possible avec l'insertion professionnelle de l'auteur. »²

Pour ma part, cela me donne l'occasion d'approfondir une hypothèse qui émerge de ma pratique. J'ai appris à être un aumônier intégré dans les équipes soignantes. Je les ai systématiquement invitées à s'ouvrir à cette perspective. J'ai été aidé en cela par ma formation et par ma volonté de devenir « un parmi » les soignants à même de rendre compte de la tâche que j'accomplis. J'ai une infinie reconnaissance pour toutes les personnes et les équipes qui, jusqu'ici, ont accepté ma présence. Cela génère, dès le début de mon activité, une conviction que ce travail permet d'aborder et de thématiser : la spiritualité peut servir de levier thérapeutique. C'est-à-dire que cette dimension de l'être possède intrinsèquement des facultés pour faire face à l'adversité de l'existence. C'est là le moteur de mon ministère d'accompagnement auprès des personnes souffrant de troubles psychiques souvent chroniques.

Comme le dit Paul Ricoeur³ : « L'autre est maintenant cet être souffrant dont nous n'avons cessé de marquer la place en creux dans notre philosophie de l'action, en désignant l'homme comme agissant et souffrant. La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir-faire, ressenties comme une atteinte à l'intégrité du soi.

[...] Dans la sympathie vraie, le soi, dont la puissance d'agir est au départ plus grande que celle de son autre, se retrouve affectée par tout ce que l'autre souffrant lui offre en retour. Car il procède de l'autre souffrant un donner qui n'est précisément plus puisé dans sa puissance d'agir et d'exister, mais dans la faiblesse même.

[...] Un soi rappelé à la vulnérabilité de la condition mortelle peut recevoir de la faiblesse de l'ami plus qu'il ne lui donne en puisant dans ses propres réserves de force. » Cette certitude-là fonde la présence que je veux amener en psychiatrie ; rien ne peut si profondément atteindre et blesser un être humain que sa dignité en est affectée. Le cœur existentiel de l'homme demeure cette part où la faiblesse peut être une force⁴, où la joie peut survivre dans l'épreuve la plus sombre.

Le jour où cette persuasion me quitte, je ne pourrai plus être accompagnant spirituel en psychiatrie car je ne serai plus habité de ce feu qui veut la vérité à l'intime de l'autre, sa propre vérité, celle qui le rend libre⁵, qui libère de l'angoisse.

² : Thierry COLLAUD, Michel FONTAINE, « Directives pour les travaux exigés en vue de l'obtention du certificat « éthique et spiritualité dans les soins », 10.9.2009.

³ : Paul RICOEUR, « Soi-même comme un autre », L'Ordre Philosophique, Paris, Éditions du Seuil, 1990, pp. 223-225.

⁴ : Référence à la Deuxième épître de Paul aux Corinthiens (2Co 12, 9).

⁵ : L'Évangile de Jean (8, 32) est cité par Gérard DORSAZ, « Psycho spiritualité l'alliance qui guérit » Presses de la Renaissance, Paris, 2008, p. 226.

Voilà ma confession de foi en l'homme malade psychiquement et au Dieu qui jamais ne l'abandonne. Grâce à cette espérance peut se contourner le désespoir qui mène à la mort⁶ et se déjouer l'enfer de la souffrance qui peut trouver un sens et ainsi cesser d'être inutile⁷ et anéantissante.

1.2 Une recherche personnelle qui s'appuie sur des travaux scientifiques

Avec cette confiance en l'autre qui a toujours plus à m'offrir que je ne peux lui apporter, je m'engage résolument à permettre la parole de l'autre. Parole qui donne de demeurer humain⁸, indépendamment de la souffrance qui accable⁹ et des manifestations provoquées par la maladie mentale.

Cette expression-là humanise et permet « de passer d'une herméneutique du *ne plus être* à une herméneutique du *ne pas être encore* »¹⁰ ; le patient en psychiatrie est un être en devenir. Sa spiritualité participe à son incessante et parfois impalpable reconstruction.

Il s'agit d'être à même d'aller à la rencontre de la spiritualité des patients. De lui rendre sa voix. D'en saisir l'expression pour la valoriser et lui permettre de devenir une force de redressement de l'être.

Actuellement, une multitude de recherches sont menées sur le lien entre spiritualité/religion et santé. Des centaines d'auteurs esquissent des hypothèses en la matière. Mon travail n'est qu'une infime contribution à cet incroyable jaillissement intellectuel. Il s'appuie sur la quête d'autres chercheurs qui en Suisse et en Amérique du Nord tentent d'élaborer des outils pour donner à la spiritualité d'être reconnue comme une part de l'être considéré à présent comme bio-psycho-social et spirituel.

Le développement qui suit ne va pas tenter de démontrer comment la spiritualité peut interagir avec telle ou telle psychopathologie. Je n'ai pas les compétences soignantes pour envisager une telle démarche.¹¹ Vous le lirez par la suite, le postulat est que toutes les maladies mentales peuvent bénéficier d'une évaluation et d'un soutien spirituels. Pour que cela se réalise avec la plus grande adéquation, j'ai nécessairement besoin de la collaboration avec les soignants.

⁶ : cf. Jean-Claude LARCHET, « Le chrétien devant la maladie, la souffrance et la mort », Les Editions du Cerf, Théologies, Paris, 2002, p. 139.

⁷ : Citation de Victor FRANKL par Craig TITUS, Intervenant lors du module 4 de la formation le 25.11.2009.

⁸ : cf. DORSAZ, p.147 à propos de l'essence de l'être selon Aristote : « Eternellement, un homme reste lui-même et garde son essence d'homme ».

⁹ : Michel FONTAINE, citant Xavier THEVENOT, lors du module 3 de la formation le 25.09.2009 : « Si j'accepte les épreuves qui accompagnent un processus de vie, en souffrance je suis encore vivant, j'expérimente que la souffrance en tant que telle va m'écraser, éliminer mes forces de vie. Elle pèse sur moi au point de me faire envisager le suicide. Bref la souffrance profonde et intense ça se résume en un mot, ça déshumanise. »

¹⁰ : Thierry COLLAUD, lors du module 5 de la formation le 21.01.2010.

¹¹ : à ce sujet, l'ouvrage ci-après fait une recherche spécifique en fonction de chaque pathologie : Coll. sous la Direction de Philippe HUGUELET, Harold G. KOENIG, « Religion and Spirituality in Psychiatry », Cambridge University Press, 2009.

1.3 Intention de cette recherche

La perspective de mon travail découle de ce qui est décrit de façon programmatique dans les paragraphes précédents.

Le prochain chapitre va décrire le cadre thérapeutique qui a inspiré mon étude et consécutivement les hypothèses à développer ultérieurement.

Ensuite, le troisième chapitre illustre comment le modèle d'appréhension biopsychosocial de la personne est appelé à s'étendre à la spiritualité. Cela, à partir de contributions bibliographiques. Ainsi, il deviendra possible de préciser les enjeux éthiques de cette recherche et de définir ce qu'est la spiritualité, dans la réalité psychiatrique. Ce chapitre se termine par une approche systématisée de la spiritualité à partir d'étalons qui font autorité en la matière.

Le quatrième chapitre développe l'outil praxéologique susceptible de permettre une évaluation de la dimension spirituelle des personnes hospitalisées en psychiatrie. Cet instrument de travail est accompagné de ses indispensables recommandations méthodologiques.

Le cinquième chapitre relate la transition de la réflexion théorique à la mise en œuvre pratique d'une anamnèse spirituelle en cadre clinique. Long développement qui permet de mesurer les enjeux et les risques comportés dans cette démarche.

Enfin, les derniers chapitres permettent une reprise des enjeux éthiques après expérimentation (6), l'énumération des chances et des limites de ce projet (7) et le tout s'achève par une conclusion succincte et invitatoire (8).

Encore une remarque avant de clore cette introduction : l'unique volonté de ne pas alourdir le texte me fait utiliser le genre masculin uniquement. Mais les termes « patient » et « soignant » fréquemment utilisés par après comprennent aussi bien les personnes féminines et masculines.

Il me reste à nommer un dernier préambule. J'ai pensé ce travail à partir de mon insertion dans les soins. J'ai volontairement cherché à utiliser un langage aussi proche que possible du monde soignant. Ainsi, hormis dans l'introduction que vous terminez ici, vous serez peut-être surpris par une écriture si peu théologique et religieuse. C'est une volonté de départ pour tenter de donner à la présente recherche la neutralité nécessaire à son acceptation de la part de mes plus proches partenaires cliniques : les soignants. Par contre, cela ne participe d'aucune volonté de nier mon appartenance confessionnelle ou de vouloir passer sous silence la tradition judéo-chrétienne où s'enracine ma propre spiritualité. L'enjeu est de dégager un chemin pour ouvrir les soins en psychiatrie à la spiritualité. Cela requiert une prise de recul par rapport à l'Eglise catholique qui me mandate afin d'oser la plus grande disponibilité à la psychiatrie qui appelle l'éclosion spirituelle.

2. Cadre clinique et hypothèses de travail

2.1 Expérience de pastorale clinique avec une approche biopsychosociale et spirituelle au sein des Services Psychiatriques du Jura bernois Bienne Seeland (SPJBB)

Je suis engagé comme aumônier catholique aux SPJBB depuis le printemps 2005. Fait important à signaler concernant mon arrivée et ma découverte de l'univers psychiatrique, je suis entré dans cette institution de soins par le biais d'un stage « d'aide-soignant ». En effet, terminant un CPT, – Clinical Pastoral Training (stage de pastorale clinique) au CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) -, en vue de prendre la responsabilité d'un service d'accompagnement pour les personnes souffrant de dépendances, mon superviseur m'a suggéré d'aborder la toxicomanie par ses épisodes de crises vécues en psychiatrie. Le Directeur des soins des SPJBB m'accorda la possibilité d'être stagiaire durant six semaines ; un mois dans une unité d'admission en soins aigus puis deux semaines dans une unité de traitement des dépendances. Ceci n'est pas une anecdote insignifiante de mon parcours. Je crois que cela m'a donné une sensibilité à la prise en charge globale des patients en me décentrant de mon insertion ecclésiale originelle. Par cette immersion, le patient est devenu différemment le centre de mon intérêt et cela a assurément contribué à ma façon de devenir accompagnant spirituel. De plus, cette expérience initiale m'a aussi donné d'appréhender avec une plus grande ouverture le travail de soins, au sens large, avec une perspective pluridisciplinaire. Enfin, cette entrée en matière m'a valu, de la part des soignants¹², d'être reconnu et accepté comme « un des leurs » ayant la volonté de découvrir la psychiatrie à partir de ce qu'elle est en termes de souffrance vécue par les patients plutôt que de la regarder d'un œil détaché d'expert.

Depuis cinq ans maintenant, je suis aumônier en psychiatrie parce que la psychiatrie m'a adopté. Comme pour tout service de pastorale clinique, cela a exigé de ma part de savoir préciser la prestation spécifique mise à disposition des patients parmi le vaste champ thérapeutique existant. Le premier travail d'éclaircissement, afin de rendre ma présence acceptable, fut de distinguer les apports de l'aumônier engagé à partir d'une insertion religieuse catholique, de ce que peut apporter un accompagnant spirituel en faisant appel aux propres ressources spirituelles des patients ; le premier vient avec le mandat d'offrir un service au nom d'une Eglise et de l'ensemble du cadre rituel et sacramentel de cette dernière. Le second met des compétences à disposition d'une institution de soins pour accompagner individuellement ou collectivement des patients à partir de leur spiritualité, comprise comme une part de leur être en souffrance. Toutefois il est évident que religion et spiritualité sont souvent si étroitement imbriquées l'une avec l'autre, que mon engagement mêle à la fois soutien religieux et accompagnement spirituel dans la plupart des rencontres vécues avec les patients.

¹² : dans ce travail, le terme « soignant » recoupe tous les prestataires de soins : médecins, infirmiers et autres thérapeutes. François MAYEMBA, Médecin psychiatre, Chef de clinique aux SPJBB dit ceci à ce sujet : « Il n'y a ni doute ni confusion dans la terminologie. Le médecin fait partie intégrante de l'équipe soignante. Il est un des soignants et il n'est pas le soignant. La distinction des termes soignants et médecins apporterait une difficulté dans la compréhension et même une interpellation du fait que le médecin soit retiré des soignants et nommé à part. Ce qui n'a aucun sens. », Bellelay, 14 mai 2010.

Je suis donc reconnu institutionnellement par un établissement de soins en psychiatrie au sein duquel la dimension spirituelle de l'être veut être intégrée dans la prise en charge globale des patients. Cette éthique soignante dans une approche biopsychosociale et spirituelle est clairement nommée dans l'ouvrage collectif écrit sous la direction du Directeur des SPJBB en 1995 déjà¹³. La mise en œuvre d'un Service d'Aumônerie Œcuménique au cours des années 2007-2008, sous l'autorité de la Direction des soins a réaffirmé cette option fondamentale.¹⁴

Dans le cadre des SPJBB une déontologie soignante implicite cherche à promouvoir les initiatives des prestataires de soins en vue du bien des patients. Ceci est un réel encouragement, pour moi, à tenter de démontrer la pertinence de savoir mieux prendre en compte la dimension spirituelle des patients. D'élaborer une méthodologie dans ce sens en ayant la ferme conviction que la spiritualité peut être un levier thérapeutique dans la prise en charge des patients.

Dans cette perspective, je peux faire mienne la citation suivante : « Il s'agit de compléter l'étude des déterminismes psychiques par une herméneutique qui transcende toute forme de positivisme exclusivement psychosocial, biologique ou naturaliste. Cela revient à réintroduire l'âme, avec les notions de sens et de liberté qui en dépendent, pour élargir les perspectives de la psychiatrie et de la psychothérapie à la dimension de l'homme intégral. »¹⁵

Nous le verrons tantôt¹⁶, une multitude d'études et de recherches sont menées pour illustrer la corrélation entre spiritualité/religion et santé. Sans vouloir faire de l'obscurantisme en ne gardant qu'une part déterminée des résultats de ces études, j'en retiens essentiellement qu'elles démontrent les effets bénéfiques de la spiritualité sur la santé, bénéfiques qui peuvent également être mis au service d'une prise en charge thérapeutique, aussi en psychiatrie.¹⁷

Parmi les nombreux auteurs affirmant cette thèse, voici ce qu'en dit le Dr. René Hefti, de la SGM Klinik de Langenthal en Suisse : « Le modèle étendu biopsychosocial constitue un cadre utile pour comprendre la dimension religieuse et spirituelle dans la pratique clinique ainsi que dans la religion, la spiritualité et la recherche en santé. Il montre que la religion et la spiritualité peuvent être à l'origine, servir de médiation ou être des facteurs modérateurs sur la santé mentale et la maladie de la même manière que les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux [...] Le modèle montre que la pharmacothérapie, la psychothérapie, la sociothérapie, et les éléments

¹³ : « L'être humain est un individu bio-psycho-social et spirituel en relation permanente avec son environnement changeant. Toute personne est une entité unique dont les besoins et les ressources sont individuels et spécifiques. » : Daniel MEYER et ass., « Philosophie des soins infirmiers en gérontopsychiatrie », in Coll. sous la Direction de H. VAN et G. ABRAHAM, « Psychiatrie psychobiologique », Editions Médecine et Hygiène, Genève, 1995.

¹⁴ : cf. à ce sujet le « Concept du Service d'Aumônerie Œcuménique des SPJBB », en annexe, pp. 54-56.

¹⁵ : DORSAZ, p. 137

¹⁶ : cf. en annexe, le recensement de plus de 25'000 études sur le sujet, fait par Marie-Denise SCHALLER, Médecin cheffe, Soins intensifs, CHUV, Lausanne, présenté en conférence au CHUV le 27.04.2010.

¹⁷ : cf chapitre 3.1 et les thèses développées par Hefti.

spirituels doivent être intégrés dans une perspective globale, établissant ainsi une approche globale de la personne en santé mentale. »¹⁸

Pour conclure ce paragraphe, j'illustre en quelques situations comment la spiritualité est une part intégrée de la prise en charge biopsychosociale étendue pratiquée aux SPJBB :

- Dans le cadre du suivi médical d'un patient psychotique, un médecin d'origine non européenne et de culture non judéo-chrétienne, me demande d'aller rencontrer un patient, de l'accompagner et de tenter de comprendre la force symbolique qui s'exprime dans les hallucinations de ce patient qui font clairement référence à la religion chrétienne et dont le médecin a du mal à percevoir les enjeux sous-jacents. Il souhaite que je puisse lui rendre compte de ce que représentent, pour moi, aumônier chrétien, ces perceptions et ce qu'elles peuvent induire pour la suite de la thérapie.
- Dans la prise en charge d'une patiente dépressive, vers la fin de son hospitalisation, les soignants se rendent compte de la nécessité pour cette dame, de pouvoir traverser les étapes du deuil suite au décès de son mari de nombreuses années auparavant. Manifestement, il y a là un enjeu important pour qu'elle puisse renouer avec la réalité présente sans rester prise au piège de sa propre histoire. Après une discussion pluridisciplinaire, il m'est demandé de cheminer avec la patiente vers un rite symbolique lui permettant de vivre sa séparation afin que cela soit pris en compte et validé par la communauté de vie que représente à ce moment l'institution soignante.
- Un patient toxicomane et psychotique relate à son psychiatre un événement violent vécu dans son passé. Cet acte continue de générer de la culpabilité chez ce patient. Ensemble ils conviennent de l'utilité de vivre une démarche de réconciliation pour apaiser cette douleur qui entrave le processus de rétablissement. Comme ministre de l'Eglise dans laquelle ce patient se reconnaît, il m'est référé par le psychiatre pour lui permettre de se réconcilier et d'accueillir le pardon de Dieu qui va peut-être l'affranchir de sa faute.

Trois situations symptomatiques qui révèlent la philosophie de soins dans laquelle s'insère ma pratique. Approche soignante qui demeure clairement laïque, dans une institution de santé laïque, mais qui a à cœur de ne pas verser dans une forme de prosélytisme inversé, qui nierait les besoins spirituels de ses patients.¹⁹ Dans cette perspective il est nécessaire de veiller à ne pas faire de confusion dans les rôles thérapeutiques. Médecins, psychothérapeutes, soignants, accompagnants spirituels ont tous des compétences propres qu'il faut savoir, au moment opportun, mettre à disposition du rétablissement des patients. Les illustrations qui précèdent démontrent, me semble-t-il, le bon sens du discernement opéré.

A présent, à partir de mon expérience pratique de pastorale clinique, il est temps d'exposer les hypothèses sur lesquelles je vais élaborer la suite de ma recherche.

¹⁸ : René HEFTI, « Intégrer la question spirituelle dans la thérapie », *Titre original : « Integrating Spiritual Issues into Therapy »*, pp. 244-267, in Coll. sous la Direction de Philippe HUGUELET, Harold G. KOENIG, « Religion and Spirituality in Psychiatry », Cambridge University Press, 2009, p. 247, traduction libre.

¹⁹ : Interventions de Cosette ODIER et Stefanie MONOD, lors d'une conférence au CHUV, Lausanne, le 27.04.2010.

2.2 Hypothèses de travail

Afin de clarifier et de distinguer le mieux possible mes hypothèses de travail, je les ai regroupées thématiquement.

2.2.1 Terminologies

- §1 La spiritualité est un concept très vaste qu'il faut nécessairement clarifier afin de pouvoir l'évoquer dans un **langage communément admis** aussi bien par les patients, les soignants et les accompagnants spirituels.
- §2 Spiritualité et religion sont deux réalités différentes ainsi que le précise le concept du service d'aumônerie œcuménique des SPJBB. Suggérer de prendre en compte la spiritualité dans l'anamnèse globale biopsychosociale exige de **préciser et d'objectiver ce qu'est la spiritualité**.
- §3 L'évaluation de la dimension spirituelle des personnes hospitalisées en psychiatrie va permettre de **nommer en quoi la spiritualité soutient le patient** dans son épreuve et comment il peut s'en servir **pour faire face** à la maladie.

2.2.2 Compréhension clinique

- §1 La prise en compte de la dimension spirituelle des patients hospitalisés en psychiatrie ne **met pas en péril la laïcité** de l'institution de soins. Une saine compréhension des différents rôles des prestataires de soins et la reconnaissance des différentes compétences au sein de l'équipe soignante pluridisciplinaire (dont l'accompagnant spirituel est un membre pleinement intégré) favorisent la **clarification des rôles** thérapeutiques et évitent la confusion.
- §2 La spiritualité est reconnue comme une ressource potentielle utilisée par les personnes souffrant de troubles psychiques pour faire face à leur maladie. Cet état de fait est peu connu des soignants et ce **levier thérapeutique** n'est que rarement pris en compte dans les objectifs de soins vers le rétablissement. Le recouvrement de la santé globale peut potentiellement être amélioré par une intégration de la spiritualité.
- §3 La spiritualité fait appel à un **concept théorique singulier et très vaste**. L'accompagnant spirituel a acquis les **compétences** pour entendre, évaluer et accompagner la spiritualité des patients. Il est un intervenant éclairé pour permettre aux patients d'exprimer ce qui fonde le sens, les valeurs et la transcendance qui participent à leur identité.
- §4 L'accompagnant spirituel doit **être à même de rendre compte** de ses interventions auprès des patients afin que la spiritualité puisse être intégrée dans leur projet thérapeutique. Inévitablement, va se poser la question de l'opportunité d'une transcription d'informations relatives à la spiritualité des patients dans leur cardex.

- §5 Vouloir prétendre, par **l'accompagnement spirituel**, entrer dans le champ thérapeutique au même titre que les **autres propositions thérapeutiques** exige de pouvoir offrir un catalogue de prestations, le temps et les moyens financiers pour le réaliser. Je ne pense pas que tous ces éléments soient réunis à l'heure actuelle.

2.2.3 A propos des psychopathologies

- §1 Il n'y a pas de maladie mentale qui exclut d'emblée la possibilité d'être appréhendée sous une approche spirituelle. Par contre, **l'évolution de certaines psychopathologies est un facteur déterminant** pour envisager d'évaluer comment la spiritualité participe momentanément à la globalité de l'être malade.
- §2 Le discernement pour **déterminer à quel moment** l'évaluation de la dimension spirituelle peut être bénéfique pour le patient relève de la compétence de l'équipe soignante pluridisciplinaire.
- §3 L'accompagnement spirituel n'aboutissant pas la prescription d'un traitement, l'évaluation de la dimension spirituelle peut révéler des éléments de compréhension de la pathologie, aussi dans **l'expression symbolique** de certains délires. L'aumônier doit avoir les compétences pour être à même d'accompagner les personnes souffrant des différents troubles psychiques en sachant agir de façon bienfaisante, sans prendre le risque de la malfaisance.

Ces hypothèses de travail orientent la suite de la recherche. Evidemment, toutes ne sont pas exhaustivement explorées. Cette étude est certes limitée, tout en ayant la prétention d'ouvrir le champ à un questionnement ultérieur.

3. Etendre le modèle biopsychosocial à la spiritualité

Au départ, la collecte de sources bibliographiques pour nourrir la réflexion de ce travail, ne m'a pas semblée évidente. Par recoupement, je suis arrivé en Amérique du Nord et là, rapidement, il est devenu difficile de faire un choix parmi la multitude de recherches publiées. J'ai gardé quelques références majeures dont certaines m'ont renvoyé en Suisse et c'est ainsi que mon champ d'observation s'est défini.

3.1 Recensement des études similaires en Suisse et en Amérique du Nord

A Cambridge, Philippe Huguelet, Harold G. Koenig, ont publié en 2009 : « Religion and Spirituality in Psychiatry », University Press. Cet ouvrage de trois cent soixante pages réunit les articles d'une vingtaine d'auteurs et aborde la question du lien entre religion et psychiatrie sous une multitude de facettes. Il s'intéresse tout autant aux psychopathologies qu'à la possible intégration de la religion/spiritualité dans l'offre thérapeutique et il complexifie encore l'approche, par la prise en compte des religions / confessions / spiritualités les plus répandues en Occident.

Dans ce livre, René Hefti publie « Intégrer la question spirituelle dans la thérapie »²⁰, où il développe les thèses suivantes.

Selon ses recherches, « 70-80% (des patients en psychiatrie) utilisent des croyances ou des activités religieuses/spirituelles pour faire face tous les jours aux difficultés et frustrations de leur maladie. La religion aide les patients à garder l'espoir, le but et le sens de leurs vies. Les patients soulignent que cela leur permet de se dépasser pour atteindre une fin au-delà d'eux-mêmes, de vivre avec ce qui rend, sinon, la vie insupportable. »^{RH 244}

Il décrit en détail plusieurs programmes thérapeutiques qui intègrent la spiritualité et arrive au constat « que les résultats de la thérapie chez les patients religieux peuvent être renforcés en intégrant des éléments spirituels dans le protocole de thérapie et que cela peut être fait avec succès par des thérapeutes religieux et non religieux.²¹ »^{RH 244}

Selon lui, en prenant acte des articles précédents dans le livre, l'importance « du potentiel thérapeutique que sont les aspects religieux et spirituels dans les troubles psychiques prônent pour l'intégration de la spiritualité dans le traitement en santé mentale. [...] (Cela prend appui) sur un nombre croissant de preuves qui montrent des résultats bénéfiques²² des approches religieuses et spirituelles dans les troubles psychiatriques en ce qui concerne : la perception de la spiritualité comme une dimension humaine unique, qui rend la vie sacrée et significative, qui est une part essentielle de la relation médecin patient, et du processus de guérison. »^{RH 244}

²⁰ : Toutes les citations de l'article « Integrating Spiritual Issues into Therapy » sont traduites le plus fidèlement possible.

^{RH 244} : ci-après l'article de René HEFTI est indiqué en note RH suivi du numéro de page.

²¹ : « Patients religieux » et « soignants religieux » sont à comprendre dans le sens de personnes ayant une sensibilité à la religion ou se reconnaissant d'une religion.

²² : voir en annexe le tableau « Evaluation et protocole clinique, spiritualité fonctionnelle et dysfonctionnelle », p. 77.

En insistant sur le fait que « la spiritualité/religion permet également de comprendre la maladie, il s'agit d'une alternative au cadre bio et physiologique. (Quant à la dimension sociale), sachant que les personnes atteintes de maladies mentales graves luttent déjà contre des préjugés largement répandus et la discrimination, il semble important de maintenir ou de renforcer leurs affiliations religieuses existantes et les systèmes de soutien qui peuvent être intégrés dans le cadre de leur traitement ou de leur réadaptation. »^{RH 245}

Puis il démontre, en citant l'étude menée par Mohr et ass., que globalement la spiritualité offre des ressources positives pour les malades. Ceci n'exclut évidemment pas les situations où spiritualité et religion interfèrent avec la thérapie, mais cela est proportionnellement moindre que les effets positifs.

Par expérience il dit encore que « le conseiller spirituel doit être un membre à part entière de l'équipe interdisciplinaire, avec les mêmes droits et responsabilités que les autres thérapeutes. Cela garantit le travail sur des objectifs thérapeutiques communs et empêche le conseil spirituel de jouer contre les autres disciplines. Ce qui est un aspect important dans le contexte psychiatrique et psychothérapeutique. »²³

Quant aux « médecins, psychothérapeutes et autres travailleurs de la santé mentale, il est de leur responsabilité de soutenir les capacités d'adaptation des patients par une bonne compréhension et en leur donnant les bons moyens (pour y parvenir). »^{RH 250}

Il poursuit en exposant quatre approches différentes d'intégration de la spiritualité dans le cadre thérapeutique : à Cambridge-Harvard^{RH 252}, à Los-Angeles^{RH 253-255}, à New-York^{RH 255-256} et dans un centre communautaire^{RH 256-258}. Ces propositions sont synthétisées dans un tableau en annexe.²⁴ Ensuite, il développe sa propre expérience de prise en compte pluridisciplinaire de la spiritualité dans le modèle étendu biopsychosocial et spirituel de la SGM Klinik de Langenthal^{RH 258-260}. Au-delà de la description des activités possibles²⁵ il nomme ce que permet cette intégration de la spiritualité dans les soins en psychiatrie.²⁶

²³ : HEFTI, p. 248, cf. schéma repris par Stefanie MONOD, Intervenante lors du module 4 de la formation le 27.11.2009, en annexe, p. 64.

²⁴ : voir en annexe le Tableau 17.1 : « Vue d'ensemble des quatre programmes [...] », p. 74.

²⁵ : voir en annexe le Tableau 17.2 : « Vue d'ensemble des activités spirituelles [...] », p. 75.

²⁶ : « Nous croyons que, dans la maladie mentale ainsi que physique, il y a toujours une donnée existentielle et donc une dimension spirituelle qui va influencer la thérapie de manière explicite ou plus implicite. Pour cette raison, nous prenons en compte l'histoire spirituelle de chaque patient. Nous voulons savoir où et comment la religiosité ou la spiritualité détermine la compréhension que le patient a de sa maladie. Est-ce que les ressources spirituelles du patient vont l'aider pour faire face à son état mental, ou ses croyances religieuses seront-elles un fardeau ou un obstacle dans le processus thérapeutique? [...] Si un patient est religieux ou spirituel, nous essayons de comprendre comment il veut intégrer ces aspects dans son programme de traitement. Les objectifs de traitement spirituel peuvent être :

- Reprendre espoir et retrouver du sens
- Renforcer la relation avec Dieu pour mieux faire face à la maladie mentale
- Persévérez dans les circonstances difficiles
- Stopper la colère, la frustration, ou la déception envers Dieu
- Comprendre pourquoi Dieu permet que de mauvaises choses se produisent dans la vie des patients

De manière beaucoup plus synthétique, voici ce qu'il paraît judicieux de retenir des autres recherches étudiées.²⁷

La prise en compte de la spiritualité des patients hospitalisés « redonne à la personne sa valeur unique », ^{M 162} qui par essence est un être relationnel. ^{D 242} L'attention spirituelle veut favoriser une rencontre vraie,²⁸ dans laquelle « l'authenticité du thérapeute est une exigence en soi, mais en plus un moyen thérapeutique, qui provoque « le client » à se découvrir et à accomplir son identité propre, à être lui-même ou à le devenir (Rogers).^{D 156} Ainsi l'attention à la spiritualité devient un outil qui permet aux soignants de mieux connaître les patients.²⁹

- Travailler au rétablissement de relations difficiles
- Être plus conscient de la présence de Dieu et de son soutien dans la vie quotidienne

²⁷ : Au sujet de ce qui suit, les références indiquées ci-après sont les sources principales de ma recherche. Pour simplifier la lecture et ne pas multiplier les notes en bas de pages, ces sources bibliographiques seront mentionnées par une note qui indique le nom de l'auteur et qui est suivie de la page où se trouve la référence :

- ^M : Sylvia MOHR, « Les rôles de la religion et de la spiritualité pour faire face à la schizophrénie et se rétablir », in, Coll. sous la Direction de Pierre-Yves BRANDT et Claude-Alexandre FOURNIER, Fonctions psychologiques du religieux, Cent ans après Varieties de William James, Labor et Fides, Genève, 2007. A noter que cet article fait référence à la recherche collective : S. MOHR, L. BORRAS, C. GILLIERON, P.-Y. BRANDT, P. HUGUELET, « Spiritualité, pratiques religieuses et schizophrénie : mise au point pour le praticien », in : Revue Médicale Suisse N° 79 publiée le 20/09/2006, consultable sous

<http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31644>.

- ^P : Samuel PFEIFFER, « L'âme malade et autres considérations », in, Coll. sous la Direction de Pierre-Yves BRANDT et Claude-Alexandre FOURNIER, Fonctions psychologiques du religieux, Cent ans après Varieties de William James, Labor et Fides, Genève, 2007.

- ^D : Gérard DORSAZ, « Psycho spiritualité l'alliance qui guérit ».

- ^H : Philippe Huguelet, « Religion – spiritualité et psychiatrie », HUG, consulté sous http://spas.hugge.ch/enseignement/formation_continue/CoursReligionFormationPsySoc.pdf, le 13.04.2010.

²⁸ : Sans refaire le développement philosophique de la reconnaissance mutuelle, je mets au crédit de la présente recherche une réflexion personnelle menée précédemment : « La reconnaissance mutuelle chemin vers l'Autre – Libre parcours de Martin Buber à Paul Ricoeur », Université de Fribourg, 2009, en citant l'extrait suivant, p. 1 : « *Martin Buber, philosophe autrichien (1878-1965) publie en 1923 son livre phare : « Ich und Du », dans lequel il élabore sa réflexion sur la reconnaissance. « L'être humain "bubérien" est par essence homo dialogus, et ne peut s'accomplir sans communier avec l'humanité, la création et le Créateur. Il est aussi homo religiosus, car l'amour de l'humanité conduit à l'amour de Dieu et réciproquement. [...]*

Le dialogue repose sur la réciprocité et la responsabilité, laquelle existe uniquement là où il y a réponse réelle à la voix humaine. Dialoguer avec l'autre, c'est affronter sa réalité et l'assumer dans la vie vécue. Le dialogue avec Dieu n'est pas différent : Sa "parole" est une présence réelle, à laquelle il faut répondre. »

Des années plus tard, Paul Ricoeur, philosophe français (1913-2005), approfondit ce qu'il nomme la reconnaissance mutuelle dans son ultime ouvrage paru en 2004 : « Parcours de la reconnaissance ». Cette recherche s'appuie sur sa précédente étude dans laquelle il apportait une réponse à Lévinas qui, selon lui, valorisait trop l'altérité ; dans « Soi-même comme un autre », il défend l'idée que dans l'expérience de la rencontre avec l'autre, « je deviens autre, mais c'est quand même moi-même qui demeure ».

²⁹ : Etienne ROCHAT, « Souffrir de douleur existentielle, Vers une reconnaissance de la détresse spirituelle ? », article pour la revue palliative-ch, p.5, consulté sous http://www.cathvd.ch/IMG/pdf/reconnaissance_detresse_spirit.pdf, le 01.05.2010.

La rencontre soignant – soigné est fort bien illustrée par Rauda JAMIS, « Ce qui me gêne avec les psys », JCLattès, 2003, p. 218 : « Disons donc qu'il me sembla capter que sa

Sans perdre de vue que l'étude de Mohr et ass. s'est concentrée sur l'observation de patients schizophrènes, il s'en dégage des informations pertinentes. Etant donné qu'elle éclaire les résultats d'autres recherches, il est important de savoir l'intégrer à la présente analyse. Elle relève que plus de 50% des patients ^{M 140} souhaitent que leur spiritualité soit prise en compte par leur médecin.³⁰ Que celle-ci puisse être évoquée avec le médecin ^{M 154}, ce qui est un facteur d'intégration. ^{M 162 et H 36}

Dorsaz, lui, se joint à la voix d'autres thérapeutes³¹ ayant une philosophie de soin qui intègre pleinement la spiritualité, pour affirmer que ce serait un signe de médiocrité intellectuelle de ne pas associer la spiritualité à la prise en charge thérapeutique. ^{D182} De fait, signale Mohr, cette « sous-prise en compte » de la spiritualité est aussi fortement liée au manque de formation des soignants en la matière. ^{M 140 et 162}

« Concernant le concept de centralité : plus la religion est centrale dans la vie de la personne, plus elle va influencer ses expériences et ses comportements. » ^{M 143} Ce qu'atteste la récapitulation des effets positifs de la spiritualité sur la maladie mentale. D'ailleurs, les programmes thérapeutiques des AA et des NA³² démontrent la corrélation entre la prise en compte de la spiritualité et l'adhérence au traitement. ^{M 156}

Sans avoir la prétention d'apporter une preuve médicale quelconque, voici recensés les effets positifs de l'intégration de la spiritualité dans le traitement des psychopathologies³³ :

- participation à une meilleure santé mentale globale ; ^{RH 245}
- diminution des symptômes dépressifs ; ^{RH 245}
- sécurisation des besoins existentiels ; ^{RH 250}
- possible réduction de l'angoisse, si la spiritualité est à même de donner une explication aux symptômes ; ^{M 147}
- dans les délires de persécution, la spiritualité peut permettre de ressentir une protection de la part de Dieu ; ^{M 147}
- la possibilité de trouver du réconfort en Dieu dans les moments de désespoir liés à la dépression procure : du courage, de la motivation, une conscience et une affirmation de soi, un sentiment de protection, de la confiance ; ^{M 149, H 37}
- peut être une alternative à la consommation de produits stupéfiants ; ^{M 149, H 39}
- par sa dimension morale et à cause de la crainte du Divin, la spiritualité est un facteur important dans la lutte contre les idées suicidaires et les passages à l'acte, aussi quand cela est suscité par des hallucinations. Cela demeure vrai

disposition et ma disposition seraient tout. Que leur point de rencontre serait essentiel. Une passerelle sur laquelle, si on la laissait faire, la perception allait déployer des multitudes d'antennes émettrices, de micronano capteurs. Transfert? Contre-transfert? Je rencontrais le point de jonction de l'infiniment petit et de l'infiniment grand. Où, donc, la disposition est la clé d'ouverture, le passage, et la clé de voûte. »

³⁰ : cf. SCHALLER en annexe, p. 59.

³¹ : LARCHET, p. 182, qui fait référence à ses autres ouvrages.

³² : Jacques BESSON, « Quelle relation entre spiritualité et addiction ? », in Revue Dépendances, N°34, 2008, p. 4 : « Dans le domaine des addictions tous les intervenants ont appris la modestie de leur thérapeutique face à deux réalités : les nombreuses rémissions spontanées d'une part et les résultats importants des patients ayant eu accès aux Alcooliques Anonymes et aux Narcotiques Anonymes. Dans ce dernier cas, l'approche spirituelle est explicite, avec la mention d'une puissance supérieure et d'un lâcher prise du sujet. »

³³ : cf. SCHALLER en annexe, pp. 57-58.

pour les récidives. Face à l'idée de la mort, la spiritualité est source d'espoir, de courage et redonne du sens à la vie ; ^{M 150, H 40}

- peut contribuer à l'adhérence aux traitements ; ^{M 150, H 41}
- prière et méditation apportent de la détente ^{M 141}. La lecture de la bible et les rites religieux peuvent servir de stratégie pour faire face aux délires et aux hallucinations ^{M 147}. Grâce à ces démarches, les patients se sentent protégés, moins effrayés, réconfortés. La spiritualité, par son immatérialité, peut apporter une explication aux hallucinations ; ^{M 157}
- amélioration de l'intégration familiale et au sein de la communauté ; ^{RH 247}
- meilleure adaptation psychosociale ^{M 139, H 38} ; la spiritualité peut donner des règles de comportements, favoriser le contrôle des émotions pour les patients agressifs ;
- attribution de sens à la souffrance, développement de mécanismes de défense qui permettent de faire face pour 54% des patients ; ^{M 147, P 131-132}
- peut favoriser l'estime de soi ^{RH 247} ; dans 71% des cas ^{M 147}, la spiritualité est bonne au niveau du Soi : elle apporte réconfort, espoir, joie de vivre, donne du sens à la vie, elle rétablit l'estime de soi ; ^{D 151}
- peut soutenir l'espoir de la guérison ; ^{P 135}
- peut contribuer à la guérison ; ³⁴
- possible diminution des durées d'hospitalisations. ^{RH 245}

Le cadre hospitalier et la prise en charge thérapeutique placent le patient dans un état de dépendance et d'assistance. L'accompagnement spirituel devient alors un espace de liberté, que le patient a la possibilité de choisir ou de refuser³⁵. Dans cette réalité clinique, l'accompagnant spirituel peut participer à l'éveil de la liberté du patient qui pourra prendre deux orientations³⁶ : soit une libération qui affranchit du mal et conduit à la guérison, soit une liberté qui peut investir l'espace d'un cadre (thérapeutique) libérateur. Cependant, comme va le préciser la définition de la spiritualité, la liberté fait partie du souffle dynamique de l'être.³⁷

Ceci est à mettre en rapport avec le devoir de neutralité des soignants qui veillent à ne pas imposer leurs propres représentations aux patients. Lorsqu'ils parlent de spiritualité/religion, les médecins relèvent leurs propres difficultés à dégager leurs prises de décisions de toute influence sociale et spirituelle³⁸. De fait, l'intégration de la

³⁴ : voir à ce sujet LARCHET, p. 139.

³⁵ : Intervention de Cosette ODIER, Pasteur, Aumônier et Superviseure formatrice au CHUV à Lausanne, conférence, CHUV, 27.04.2010.

³⁶ : selon les propos de Rudolf ALBISSER, Aumônier en psychiatrie à St-Urban et Superviseur, St-Urban, 10 mars 2010.

³⁷ : DORSAZ, p. 50, cite JASPERS à ce sujet : « L'homme peut être abordé de deux manières, comme objet de recherche scientifique, et comme existence d'une liberté inaccessible à toute science. »

³⁸ : Intervention de Cosette ODIER, conférence, CHUV, Lausanne, le 27.04.2010 : « Une enquête d'Amérique du Nord démontre que les médecins religieux abordent davantage la question de la spiritualité avec leurs patients et croient à l'influence de celle-ci sur les soins. Dans ce cas, les patients ne sont-ils pas dépendants de la conviction de leur thérapeute ? Dans l'étude faite à la polyclinique du CHUV, il ressort que 9% des soignants n'ont aucune spiritualité et que 7% sont sans opinion. Ceci démontre que, comme soignants, nous avons le

spiritualité dans la thérapie interpelle la notion de neutralité ; pour qu'un patient se sente rejoint dans sa spiritualité, le thérapeute et lui vont opérer une sorte de « mise à niveau » de leur vision de l'homme^{D 41}. C'est au cœur de cette narration que la spiritualité va s'exprimer et pouvoir se déployer dans une perspective thérapeutique.

La rigueur intellectuelle veut que soit aussi nommé comment la spiritualité peut participer au dysfonctionnement pathologique de la personne hospitalisée. En effet, si globalement la spiritualité peut contribuer au bien-être des malades psychiques, il se peut aussi que la spiritualité/religiosité participe à une augmentation des symptômes et du mal-être, ce qui risque d'accentuer la détresse existentielle et spirituelle.³⁹

Voici quelques effets négatifs possibles de la spiritualité pour les personnes atteintes de maladie mentale :

- cause de souffrances supplémentaires, exacerbe la dépression et les délires^{M 147} : (14% des patients parlent de perte de la foi et de l'espérance, d'échec de la guérison spirituelle, de délires et d'hallucinations à contenus religieux) ;
- accentuation des symptômes (pour 10% des patients)^{M 147}: désespoir, tristesse, et majoration des symptômes psychotiques ;
- les personnes dépendantes peuvent être incitées à consommer pour faire face à leur détresse spirituelle. De même si elles se sentent rejetées par leur communauté ;^{M 150}
- peut favoriser l'isolement social par rejet de la communauté ;^{M 150}
- se sentir abandonné par le Divin ;
- incitation au suicide pour rejoindre le Divin, dans le désir de vivre une expérience spirituelle ou à cause d'une trop grande souffrance ;^{M 150}
- délire mystique qui incite au suicide.

Cependant, ce n'est pas parce que la spiritualité ne participe pas à l'amélioration fonctionnelle du patient que l'accompagnant spirituel ne peut pas contribuer à la prise en charge globale en travaillant à une meilleure compréhension, par le patient, des aspects négatifs de sa spiritualité en vue de l'apaiser, de le tranquilliser, de diminuer son angoisse à ce propos.⁴⁰

Avant de poursuivre vers une définition de la spiritualité, voici venu le temps de préciser les enjeux éthiques de ce projet d'évaluation de la dimension spirituelle des personnes hospitalisées en psychiatrie.

devoir de savoir placer les convictions et les cadres de références des patients avant les nôtres. »

³⁹ : à lire aussi à ce sujet : Etienne RIVIER, Catherine SUTER, Thomas HONGLER, « La spiritualité en soins palliatifs - Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, n°5, 2008, consultable sur internet, p. 19. Ainsi que les deux manuels infirmiers : Annie PASCAL, Eliane FRECON VALENTIN, Diagnostics infirmiers, interventions et résultats, 3^{ème} édition, Masson, Démarche soignante, Paris 2003, p. 136 et Lynda Juall CARPENITO, Manuel de Diagnostics infirmiers, Traduction de la 9^{ème} édition, Masson, Paris 2003, p. 142.

COLLAUD à propos de la détresse existentielle cite M.F. BACQUE : « Dans la détresse existentielle, on retrouve principalement, le désespoir, le sentiment d'inutilité, d'insignifiance (futilité) de sa vie, de déception, les remords et des perturbations de l'identité. » Voir également documents en annexe, p. 66.

⁴⁰ : cf infra, note 22, p.10 → annexe p. 77.

3.2 Enjeux en éthique clinique de ce projet d'évaluation spirituelle

A toute fin utile, j'ouvre ce paragraphe en citant Paul Ricœur : « L'éthique est la recherche de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes ». ⁴¹ En plus de ce principe éthique fondamental, le développement en éthique clinique au cours de ces dernières décennies a abouti à la formulation de quatre principes incontournables ⁴² : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice.

Ci-après, sont développés une série d'articles précisant les enjeux éthiques de la présente recherche.

- §1 L'évaluation de la dimension spirituelle va **contribuer au rétablissement de la santé**, si elle permet une compréhension par les soignants, des ressources du patient à disposition de ses objectifs thérapeutiques. ⁴³
- §2 Dans une institution de soins psychiatriques, offrir un **soutien spirituel** favorisant une donation de sens ⁴⁴ à la souffrance pour le bien de la personne malade est une **démarche éthique**.
- §3 Peut-être par souci légitime de **non-malfaisance** de la part des soignants, la spiritualité est sous-évaluée dans la prise en charge globale des patients. En effet, cette part de l'être est si intime à la personne **que les soignants craignent de s'immiscer** dans le cœur des patients, là où cette dimension est censée rester secrète. ⁴⁵
- § 4 Dans la quête de ce qui est bon pour le patient, l'évaluation spirituelle devrait **valoriser la dignité** de la personne malade et chercher à lui **rendre une espérance** possible au-delà ou en intégrant la maladie, si le rétablissement n'est pas envisageable. ⁴⁶

⁴¹ : citation de COLLAUD, lors du module 3 de la formation le 23.09.2009.

⁴² : entre ces quatre principes, un ordre hiérarchique existe; l'autonomie vient en tête. In : Hubert DOUCET, « De l'éthique au spirituel. La situation dans les sciences de la santé », Théologiques 9/2 (2001), p. 22.

⁴³ : « Une certaine sensibilité culturelle implique la capacité du thérapeute à comprendre les aspects religieux de l'interprétation d'un mal-être et d'utiliser les aspects fonctionnels de la religion dans le processus de gestion du patient. Cela ne sert pas uniquement à renforcer la relation thérapeutique, mais peut aussi mener à une plus grande compréhension et, à terme, à un meilleur résultat thérapeutique pour des patients croyants. » In : Samuel PFEIFFER, L'âme malade et autres considérations, in, Coll. sous la Direction de Pierre-Yves BRANDT et Claude-Alexandre FOURNIER, Fonctions psychologiques du religieux, Cent ans après Varieties de William James, Labor et Fides, Genève, 2007, p. 136.

⁴⁴ : le sens est toujours attribué de l'intérieur de l'être et se fait sous la responsabilité du sujet ; cf. DORSAZ, pp. 59-60 et Marie-Françoise COLLIÈRE, « L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers », in Anthropologie et Sociétés, vol. 14, n° 1, 1990, pp. 115~121

⁴⁵ : FRICK nomme quant à lui, trois principes qui gouvernent l'anamnèse spirituelle et qui, de fait ne simplifient pas la mise en œuvre de cette évaluation. Il s'agit de : neutralité, respect et non-ingérence. In : Eckard FRICK, « Malades et spiritualité – Le rôle des soignants », in Revue Choisir, Mai 2009, p. 26.

⁴⁶ : Thierry COLLAUD, « Le statut de la personne démente », Academic Press Fribourg, 2003, p. 65-66 : « Il y a une véritable œuvre de lumière à faire. Surtout ne jamais admettre l'idée d'une existence qui perd toute dignité, mais chercher à tout prix à souligner la dignité qui demeure en la personne malade ». Malgré la déchéance, il est ici question de respecter fondamentalement l'intégrité de la personne qui, pour elle-même selon son point de vue, est pleinement consciente de ce qui demeure digne et respectable en elle et qui appelle à

- §5 La prise en compte de la spiritualité dans le processus de soins ne peut se faire au détriment du **principe d'autonomie**. Le patient doit toujours préserver son droit de dévoiler, ou non, sa spiritualité dans le cadre thérapeutique en fonction de ce qu'il estime pouvoir être bénéfique pour lui.
- §6 Ne peut véritablement soigner que celui qui s'est lui-même soigné⁴⁷. Cette notion éthique est aussi vraie en terme de spiritualité. Ainsi, tout **soignant** qui veut être attentif à la spiritualité des patients, prête nécessairement une **attention accrue à sa propre spiritualité**.
- §7 L'accompagnant spirituel, qui cherche à faire advenir l'être à sa plénitude et à sa liberté, va **inviter les soignants à élargir leur questionnement éthique**,⁴⁸ en leur suscitant de considérer en premier lieu la personne avant sa pathologie.
- §8 L'humain rétabli dans **sa santé la recouvre dans sa globalité biopsychosociale et spirituelle**. L'accompagnement spirituel est censé proposer des pistes, pour qu'arrivé au terme de son hospitalisation, le patient puisse jouir de sa spiritualité aussi bien au plan personnel que communautaire.
- §9 Si les soignants estiment que la spiritualité est une part non négligeable de la vie des patients, alors, ils doivent avoir la cohérence de se demander **où et comment les patients peuvent vivre leur spiritualité** durant leur hospitalisation ?⁴⁹
- §10 Prendre en compte la dimension spirituelle exige des soignants une extrême prudence relationnelle⁵⁰ pour ne pas imposer leurs propres représentations religieuses/spirituelles aux patients, pour ne pas réduire ou banaliser la

« articuler des actes humains cohérents (malgré) le chaos de la maladie. », in : DOUCET, p. 28-29.

⁴⁷ : « Ne libère les autres que celui qui s'est d'abord libéré lui-même », dit Emmanuel MOUNIER, cité par DORSAZ, p. 43 et dans le même sens, DOUCET, p. 30, insiste : « Pour guérir une personne, quelqu'un doit d'abord être une personne. Le faire est ainsi inséparable de l'être. ».

⁴⁸ : Intervention de Stefanie MONOD, Médecin associé dans le service de Gériatrie et de Réadaptation gériatrique du CHUV, CUTR Sylvana, Lausanne, Conférence, CHUV, 27.04.2010.

⁴⁹ : HEFTI, p. 261.

⁵⁰ : ODIER, Conférence, CHUV, 27.04.2010 dit à ce propos : « Il y a une certaine ascèse de l'écoute ; il ne s'agit pas de nier nos convictions, mais il nous faut être conscients de ce que nous faisons pour ne pas nous référer à nos propres convictions et représentations que nous avons du patient. Cette ascèse exige de nous que nous ne donnions pas, nous-mêmes, sens à la vie du patient. C'est de sa responsabilité.

Il nous faut donc nous méfier des représentations que nous imposons aux autres. En tant que soignants nous avons une responsabilité éthique de ne pas en dire trop ; ni trop proches ni trop distants, afin que la spiritualité puisse se dire. »

Lazare BENAROYO, Intervenant lors du module 3 de la formation le 24.09.2009, dit également : « L'attitude «personnelle » présuppose une ouverture de soi à l'autre - une capacité d'accueil de l'autre - c'est-à-dire une aptitude à mettre entre parenthèses une partie de son pouvoir de maîtrise et de se laisser guider par le « phare » de l'autre, à l'écoute des signes de sa vulnérabilité et des appels qui y font écho. C'est grâce à cette attitude «empathique» et personnelle, à l'écoute de la vulnérabilité du malade et de ses expressions corporelles, psychiques et spirituelles, qu'un projet de soin peut s'élaborer avec ce dernier. »

Cf. aussi FRICK.

croissance en la ramenant à une expression pathologique.⁵¹ Ce qui revient à dire qu'une **formation spécifique**⁵² à ce domaine est probablement à envisager.

- §11 La volonté d'intégrer la dimension spirituelle dans une prise en charge thérapeutique globale biopsychosociale et spirituelle comporte inévitablement le danger éthique de **médicaliser et d'instrumentaliser la spiritualité**⁵³. Les différents chercheurs ne s'accordent pas au sujet de l'acteur le plus compétent pour mener à bien une anamnèse spirituelle. À moyen terme il semble évident que l'accompagnant spirituel demeure l'intervenant reconnu pour assumer cette responsabilité. De ce fait, il lui revient de veiller à ce que la spiritualité ne se retrouve pas, institutionnellement parlant, réduite à une vision médicale.

3.3 Vers une définition de la spiritualité

A ce stade, il est important de tendre vers une définition de la spiritualité. Exercice périlleux, pour deux raisons majeures : primo, il est impossible d'élaborer une définition neutre et totalement objective parce que la spiritualité est toujours vécue dans un contexte qui l'influence ; la conséquence est d'admettre, ici, que la spiritualité évoquée en lien avec la psychiatrie va subir l'influence subjective de tous les acteurs⁵⁴ en présence. Malgré cela il est nécessaire de tenter une définition le plus communément admissible. Secundo, la spiritualité ne se laisse pas enfermer dans un modèle⁵⁵ ; elle est par nature ce qui nous échappe⁵⁶. Elle est à la fois, le plus intime de nous-même et, ce qui toujours s'échappe au-delà de nous, non sans avoir contribué à nous singulariser, à faire de nous un être unique, vivant.⁵⁷

⁵¹ : cf HEFTI, p. 261.

⁵² : Formation en écoute centrée sur la personne, en éthique narrative, etc.

⁵³ : voir en annexe, p. 73, la présentation de Stefanie MONOD, Intervenante lors du module 4 de la formation le 27.11.2009.

⁵⁴ : cf., François ROSSELET, « Prise en charge spirituelle des patients : la neutralité n'existe pas », article de la Revue médicale de la Suisse romande, 122. 175-178, 2002, p. 177.

⁵⁵ : cf., DORSAZ, p. 145.

⁵⁶ : elle est par essence immatérielle. Voir à ce sujet le développement de RIVIER, SUTER et HONGLER, pp. 10-11.

⁵⁷ : dans la culture biblique cela renvoie au Souffle du Créateur sur le tohu-bohu originel (Livre de la Genèse, chapitre 1) : « Au commencement, alors même que la terre était vide et vague, que les ténèbres couvraient l'abîme, le vent de Dieu tournoyait déjà sur les eaux ». Le Souffle divin précède toute création, toute procréation. Et plus loin dans le même récit de la naissance de l'être humain dans la Création divine, il est dit : « Dieu modela l'homme à partir de la glaise de la terre (bonne) qu'il venait de créer et pour rendre cet être vivant, il insuffla une haleine de vie dans ses narines. » Il s'agit donc ici d'un présupposé judéo-chrétien qui accède à l'idée que toute personne est insufflée du Souffle divin, avant, pendant et au-delà de son existence terrestre.

Ces préambules étant posés, en s'appuyant sur une multitude de définitions déjà existantes, voici d'abord une liste d'éléments à intégrer dans une définition de la spiritualité pour un cadre clinique psychiatrique :

- elle est une réalité distincte du psychisme,
- ne pas en faire un amalgame avec la religion,
- philosophiquement et théologiquement elle s'enracine dans le concept « d'esprit »⁵⁸,
- elle est à la fois l'origine, la source et le but de l'existence – immanente à l'être,
- elle fonde l'identité profonde de la personne humaine, elle en est sa part la plus intime : l'âme,
- elle participe à donner le sens et les valeurs,
- elle unifie et harmonise l'être intérieur,
- dans une compréhension globale de l'être humain, elle réalise la plénitude de l'être,
- elle ouvre à plus grand que soi, elle permet un dépassement et un décentrement de soi,
- elle offre à l'être sa liberté (participe à l'autonomie),
- elle se vit dans une ouverture relationnelle, à soi, aux autres, à une transcendance,
- elle rend la vie précieuse (sacrée),
- sa finalité étant le bonheur, elle a nécessairement besoin de réconciliation et de pardon.

Cette brève énumération rend perceptible la difficulté de réunir ces éléments en une seule définition, simple, compréhensible et cohérente.

3.3.1 Définition de la spiritualité

La spiritualité de l'humain le relie à son « être ». Elle est dès l'origine de son existence, qu'elle oriente vers son but. La part spirituelle anime l'être dans sa globalité ; elle lui donne d'atteindre sa plénitude. Elle fonde l'identité dans une donation de sens et de valeurs cohérentes. L'esprit humain aspire au dépassement de l'être ; il s'enrichit des relations interpersonnelles et se sent attiré vers la transcendance. De cette part immanente et mystérieuse de la personne jaillit la liberté où l'être éprouve l'harmonie. La spiritualité est itinéraire vers le bonheur d'une vie en paix et réconciliée. D'elle proviennent des ressources pour faire face à la condition humaine.

⁵⁸ : étymologiquement, spirituel vient de spiritus : esprit. « De nature immatérielle, de l'ordre de l'esprit », littéral. « propre au souffle, au principe vital » par opposition à « corporel, charnel, matériel », pour qualifier ce qui se rapporte à l'âme, à l'Esprit divin, d'où « symbolique, mystique » et « du domaine de l'intelligence spirituelle ». In : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/spirituel> (consulté le 05.05.2010) et in : Coll., Théo, L'encyclopédie catholique pour tous, Droguet-Ardant/Fayard, 1992/2007, p. 731.

La spiritualité se distingue du psychisme en ce sens qu'elle apporte un « plus de vie » à l'existence, ce qui rend la vie précieuse (sacrée). Elle est « l'intériorité consciente de soi, disposant de soi »⁵⁹, singularité humaine capable d'amour et d'émotions.

Il est important de savoir distinguer la spiritualité, qui participe à l'unicité de chaque personne humaine, de la religion qui est une façon structurée, reconnue par une communauté humaine qui y adhère, pour vivre et pratiquer une croyance. Cependant, au cœur de la personne humaine, spiritualité et religiosité sont souvent confondues.

3.3.2 La spiritualité dans la perspective des soins

Reprise dans une terminologie soignante, voici nommée la spiritualité et ses effets :

- parce qu'elle est de l'ordre de l'esprit, la spiritualité n'est pas un concept univoque facile à nommer ;
- parce qu'elle est à la fois la part la plus intime de l'être et ce qui ouvre l'être à plus grand que lui-même, parler de la spiritualité a toujours un effet réducteur sur ce qu'elle représente ;
- si la spiritualité anime⁶⁰ l'être dans sa globalité, la déficience spirituelle se manifeste par un manque de souffle vital qui peut se caractériser par : des pertes de sens, de confiance, de motivation, une désunification intérieure, un sentiment d'abandon... ;
- la spiritualité joue un rôle interne qui permet de se sentir en lien, relié et unifié ;
- la spiritualité fonde l'identité originelle de la personne et lui donne le sens de son existence. Elle permet de répondre aux questions : « qui suis-je ? », « pourquoi suis-je en vie ? » et « pour quoi je vis ? » ;
- la personne qui sait nommer sa raison d'être, parle inévitablement de la dimension spirituelle qui donne sens à sa vie et quelles sont les valeurs fondatrices de son existence ;
- la spiritualité permet un décentrement de la personne (versus égocentrisme), et un dépassement de soi dans la reconnaissance d'une quête de sens (*une tension vers...*) qui va au-delà de soi (les autres, la transcendance) ;
- la spiritualité est le plus intime de soi-même, la part immanente, et en cela elle participe au mystère de la vie qui est difficilement évocable ;
- la spiritualité est le creuset de la liberté conçue comme la capacité de disposer pleinement de soi dans son être, son intellect, ses relations ;

⁵⁹ : citation de Maurice ZUNDEL par DORSAZ, p. 140.

⁶⁰ : étymologiquement du lat. *animare* (de *anima* «principe vital, âme») au 2^{ème} sens «donner la vie» (domaine de l'*anima*), <http://www.cnrtl.fr/etymologie/animer>, consulté le 27.05.2010

- face à l'adversité de l'existence, la spiritualité offre des ressources : espérance, courage, volonté, relecture positive, apaisement, confiance, réponse à l'angoisse, donne du sens (y compris aux délires et hallucinations), soutient l'acceptation de la maladie, participe à l'autonomisation ;
- la spiritualité peut guider l'humain dans sa quête de bonheur ; d'une existence de plus en plus harmonieuse et cohérente. Cet état de bien-être biopsychosocial et spirituel exige une pacification (avec soi-même, son histoire de vie, ses aspirations, sa capacité à jouir du présent, avec ses relations humaines, avec la transcendance) dont la réconciliation (le pardon, accordé et reçu) semble être un facteur de réussite déterminant.

3.3.4 Constat suite à cette définition

Dans un contexte psychiatrique, cette définition amène au constat évident que toute psychopathologie affecte en partie la dimension spirituelle. Mais cela n'est pas particulier à la maladie mentale.

Avant de poursuivre vers une approche systématisée de la prise en compte de la spiritualité, il est nécessaire d'approfondir encore la distinction entre spiritualité et religion - religiosité.

3.3.5 Distinction spiritualité - religion / religiosité

À la différence de la spiritualité, dynamisme vital qui de l'intérieur de l'être désire la transcendance pour dévoiler le sens de l'existence, la religion est généralement perçue comme extérieure à l'humain. Elle « est définie comme l'ensemble des doctrines et des pratiques qui constituent le rapport de l'homme avec la puissance divine. C'est une traduction extérieure, dans les comportements et les actes, de réalités intérieures qu'il convient d'appeler spirituelles. La religion se présente comme un code, un ensemble de règles, de principes, de convictions, de valeurs et de traditions transmises par les institutions (églises et autres). »⁶¹

Je fais une double observation clinique sur cette distinction.

- D'un point de vue collectif, lorsque je rencontre un groupe de patients qui m'identifient comme aumônier (c'est-à-dire comme un émissaire d'une Eglise), très rapidement, la discussion va s'orienter sur la religion. Cette dernière n'est pas d'abord comprise comme un élan à travers lequel des humains se sentent reliés entre eux et avec le Divin⁶². Au contraire, la religion se révèle fréquemment être un lieu de confrontation et d'incompréhension entre des points de vue religieux incompatibles, voire intolérants les uns avec les autres.

⁶¹ : Philippe JAQUET, « La place de la spiritualité dans les programmes thérapeutiques des Oliviers », in Revue Dépendances, N°34, 2008, p. 9.

⁶² : étymologiquement, religion vient du latin religare : « relier ; le lien qui relie les hommes au sacré par des actes, des rites, etc. Pour Comte-Sponville, le mot religieux vient aussi de religere, c'est-à-dire recueillir, relire, redire et transmettre ou faire mémoire d'un ou de plusieurs textes fondateurs. » In : RIVIER, SUTER et HONGLER, p. 14.

- Individuellement, par contre, les patients font moins la distinction entre leur religion et leur spiritualité. Je l'ai déjà dit, souvent les deux se confondent. Certes la religion se réfère à une expérience communautaire heureuse ou malheureuse, alors que la spiritualité est assurément associée à l'intériorité, à une démarche personnelle, intime.

En tant qu'aumônier – accompagnant spirituel, je chemine indistinctement avec les personnes aussi bien dans leur spiritualité et dans leur religiosité. L'une l'autre ne sont pas en concurrence et encore moins déconnectées. Leurs niveaux de conscience diffèrent d'une personne à l'autre et peuvent se qualifier graduellement : tout être humain est spirituel, une partie des humains se disent religieux et parmi les humains spirituels et religieux certains se déclarent croyants ou ayant la foi. Il n'y a donc pas d'incompatibilité entre ces différents états d'intuitions spirituelles.

Enfin, comme professionnel dans le domaine de la santé, je peux évoquer la religiosité d'un patient dans une discussion avec un soignant. De fait, pour moi, le terme religiosité n'a pas d'usage dans l'accompagnement spirituel d'une personne.

Ce nuancement étant fait, il est temps d'aborder la spiritualité sous une approche systématisée pour l'intégrer à la prise en charge thérapeutique globale des patients.

3.4 Une approche systématisée de la spiritualité

Globalement, les différentes recherches menées en Occident sur le lien entre spiritualité/religion et santé relèvent de trois visées principales :

- la spiritualité peut contribuer au bien-être de la personne ;
- les patients ont des besoins spirituels à couvrir ;
- la spiritualité peut être une ressource pour faire face à la maladie.

Ces trois compréhensions de la spiritualité ont des incidences différentes dans une perspective clinique. La manière dont cela peut contribuer à la prise en charge globale des patients varie également en fonction de ces perceptions. Enfin, chacune de ces variantes fait appel à une anamnèse spécifique.

Vouloir mener à bien une évaluation de la spiritualité a pour intention de rendre aussi objective que possible cette part intime de l'être qui est tellement emprunte de subjectivité. Ce travail de systématisation est indispensable pour rendre la spiritualité communicable entre les différents prestataires thérapeutiques.

Il est intéressant de mesurer brièvement les potentialités de ces différentes approches en fonction d'une possible application en psychiatrie.

3.4.1 Le bien-être spirituel⁶³

Comme dit précédemment, la maladie mentale dans ses phases aiguës entraîne une affection spirituelle. Dès lors, manifestement, en psychopathologies il n'est pas possible d'évaluer le niveau de bien-être que pourrait procurer la spiritualité.

Je retiens pourtant, de ce mode d'évaluation qu'est le FACIT-SP, un intérêt à mesurer plus qu'une notion de confort. À savoir, comment la spiritualité participe à la donation de sens dans l'épreuve de la maladie. Car, c'est bien cette incapacité de donner sens qui est le plus souvent à l'origine de la perte de la dignité de l'être souffrant ; ce qui fait peser la menace de tomber en état de détresse spirituelle⁶⁴, s'il ne parvient pas à une nouvelle compréhension de cette rupture existentielle.⁶⁵

3.4.2 L'évaluation des besoins spirituels

Parmi les initiateurs de l'évaluation spirituelle dans le monde de la santé, Anandarajah & Hight⁶⁶ ont développé le questionnaire HOPE⁶⁷ ; « appellation mnémotechnique d'un outil de communication et d'évaluation destinée aux médecins principalement et qui est cité dans bon nombre d'articles. [...] Il est le résultat d'un travail de recherche sur les liens entre spiritualité et santé mettant en évidence l'intérêt pour les médecins d'aborder les ressources et d'éventuels questionnements spirituels de leurs patients pour améliorer leur relation et donc la qualité de leur intervention thérapeutique. »⁶⁸

Les auteurs de cette recherche indiquent que cette évaluation ne nécessite pas forcément une autre action de la part du médecin. Mais, ils insistent sur le fait que cela favorise la relation médecin patient. Que cela peut produire des effets positifs sur la suite de la prise en charge thérapeutique.

Il n'en faut pas plus pour oser imaginer, - dans un cadre clinique où la pluridisciplinarité permet l'intégration de l'accompagnant spirituel dans l'équipe de soin -, que l'évaluation et la prise en charge des besoins spirituels par un professionnel compétent en la matière, peut offrir des ressources thérapeutiques intéressantes.

⁶³ : Spiritual well being ou FACIT-SP pour : Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Scale-Spirituality (FACIT-SP), Tiré de PETERMAN A et al. Ann Behav Med 2002; 24 : 49-58, cité in : RIVIER, SUTER et HONGLER p. 7.

⁶⁴ : cf. Idem, p. 4 : « Crise au sens d'un changement subit se caractérisant, entre autres, par un éclatement de l'identité spirituelle. Elle remet en cause les valeurs et la transcendance vécues jusqu'au moment de la crise et interrompt toute recherche d'un sens pour sa vie. Elle met également en question les valeurs que le patient donne à sa propre dignité. »

⁶⁵ : SCHALLER, Conférence, CHUV, 27.04.2010 : « lors de la prise de conscience d'une maladie grave, le patient s'oriente soit vers un approfondissement de la spiritualité, soit il risque un arrêt, une annihilation de la quête spirituelle qui va l'entraîner vers une indifférence spirituelle, une perte de dignité, perte de sens et de valeurs, remise en cause de la personne, mort de son soi ».

⁶⁶ : G. ANANDARAJAH and E. HIGHT, « Spirituality and medical practice : using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assesment ». Am Fam Physician, 2001 ; 63 (1) : 81-89.

⁶⁷ : de « HOPE assesment », cf. à ce sujet l'article de ODIER indiqué en note 68 ci après.

⁶⁸ : Cosette ODIER, « Accompagnement spirituel ou "faire passer un chameau par le trou d'une aiguille..." », Frontières, Automne 2004, p. 71, consultable sous http://www.aumonerie-hospital.ch/contenu/visual.php?id=7&idelement=25&iduser=&sid=&nomchamps=filink_attacher_fichier.

Ainsi, en Allemagne Frick⁶⁹ à élaboré la grille d'évaluation spirituelle SPIR⁷⁰ et en Suisse romande, un groupe de travail sous la direction de Rochat⁷¹ en collaboration avec Monod⁷² ont échafaudé l'évaluation STIV.⁷³

Ce sont là deux outils qui ont l'ambition d'évaluer les besoins spirituels⁷⁴. Le projet STIV retient particulièrement mon attention pour les raisons suivantes :

- il se réfère à une pratique pluridisciplinaire et s'élabore dans une terminologie adaptée aux soignants, aux médecins, aux thérapeutes et aussi à l'accompagnement spirituel ;
- il nomme les enjeux concernant l'accompagnement spirituel ;
- il discerne parmi les besoins de la personne hospitalisée ceux qui sont de l'ordre de la dimension spirituelle ;
- il ordonne ces besoins en démontrant ainsi que sens, transcendance et valeurs se conjuguent ensemble pour « produire » l'identité de la personne devenant ainsi sujet d'une possible évaluation phénoménologique de la globalité de son être et aussi dans la singularité de sa sphère spirituelle.⁷⁵

Mais, la chronicité de la pathologie prise en charge épisodiquement en milieu hospitalier est une spécificité psychiatrique. Celle-ci exige une approche encore plus ouverte de l'apport de la spiritualité pour les personnes malades. Car, si effectivement, le patient en psychiatrie a aussi des besoins spirituels, il est indispensable de voir comment sa spiritualité est engagée dans son processus thérapeutique.

⁶⁹ : Psychiatre psychanalyste et prêtre-Jésuite, sa double appartenance lui donne de proposer une anamnèse spirituelle qui peut être conduite par les soignants sans que ceux-ci aient à acquérir une formation pastorale. Il leur est toutefois demandé d'avoir les compétences nécessaires pour mener à bien une écoute centrée sur la personne.

⁷⁰ : cf. RIVIER, SUTER et HONGLER p. 5.

⁷¹ : Etienne ROCHAT, Pasteur, Aumônier et Superviseur pastoral, CHUV, Lausanne.

⁷² : Stefanie MONOD. Médecin associé dans le service de Gériatrie et de Réadaptation gériatrique du CHUV.

⁷³ : Sous la Présidence d'Etienne ROCHAT, un Groupe de travail sur « la prise en compte de la dimension spirituelle chez les personnes hospitalisées en CTR », a élaboré un rapport au cours des années 2002-2004. Ce document est intégralement consultable sous <http://www.labelctr.ch/fichiers/DossierSpiCTR28.10.04.pdf>.

Un reportage audio-visuel de la TSR, d'Alexandre STERN, « Faut pas croire ; La spiritualité c'est la santé », du 16 janvier 2010 présente également ce sujet. A voir sous http://str02.infomaniak.ch/tsr/fapac/2010/fapac_01162010-511k.m4v.

⁷⁴ : après avoir problématisé et instrumentalisé la spiritualité, les auteurs établissent quatre mots clés permettant de définir la spiritualité chez la personne malade hospitalisée dans un centre de traitement et de réadaptation gériatrique : Sens – Transcendance – Identité – Valeurs. Ensuite, cela leur permet de nommer une série de besoins spirituels qui peuvent être évalués en vue d'assurer qu'ils soient couverts par la prise en charge thérapeutique globale de l'institution de soins.

⁷⁵ : cf. note 13, p. 8, in : Groupe de travail - ROCHAT : « 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. »

3.4.3 La spiritualité comme ressource pour faire face à la maladie psychique

D'autres études, dont celle associant Mohr, Huguélet, Borrás, Gillieron et Brandt⁷⁶, démontre qu'au plan des psychopathologies il est plus opportun d'envisager la spiritualité comme *ressource pour faire face*⁷⁷ à la maladie. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes atteintes de troubles psychotiques, tels que la schizophrénie. Globalement, cette étude, étayée par les travaux des Professeurs Hefti⁷⁸ et Pfeiffer⁷⁹, indique que la spiritualité joue un rôle positif pour les patients en les soutenant dans leur lutte contre la maladie mentale. Mais, cette approche par *coping* est aussi encouragée par le fait qu'en psychiatrie existe une forme de spiritualité pathologique qu'il est impératif de savoir diagnostiquer.⁸⁰

L'intérêt majeur du travail de Mohr et ass. est de mener à bien une évaluation longitudinale avec des patients en Suisse et au Québec. La durée sur laquelle l'enquête est conduite à partir d'entretiens semi-structurés permet de qualifier et de quantifier les effets de la spiritualité. Cela est une stimulation supplémentaire à tenter de structurer une évaluation de la dimension spirituelle des patients hospitalisés en psychiatrie.

Au terme de cette approche curriculaire, il devient possible de formuler une grille d'évaluation à utiliser avec les personnes souffrant de psychopathologies.

⁷⁶ : citée précédemment, cf. note 27^{-M}, p. 12 et bibliographie.

⁷⁷ : ici le terme anglophone *coping* est généralement usité. Ci-après il sera traduit tantôt par « capacité d'adaptation » ou « (ressource) pour faire face ».

⁷⁸ : cf. Bibliographie.

⁷⁹ : Samuel PFEIFFER, Médecin psychiatre, Chef de service à la Clinique Psychiatrique Sonnenhalde à RIEHEN, auteur de différents ouvrages. Ses recherches actualisées sont publiées sur son site internet : <http://www.samuelpfeifer.com/fr/index.html>

⁸⁰ : MOHR et ass., signalent comment la spiritualité peut devenir pathologique : « Effets négatifs de la religion sur les symptômes, les relations sociales la comorbidité et le traitement : la religion peut exacerber la dépression et les délires. Ces effets délétères sont liés à l'échec de la recherche de guérison par des moyens spirituels; au rejet par la communauté religieuse; à l'échec de la mobilisation des ressources religieuses pour faire face à la maladie et aux délires à contenus religieux, présents ou passés. La religion peut aussi accentuer l'isolement social. La religion peut aussi jouer un rôle néfaste par rapport à la consommation de drogues, utilisées comme stratégie pour faire face à la souffrance spirituelle, ou parce qu'elles constituent un motif de rejet par la communauté. La religion peut aussi être un facteur incitant aux tentatives de suicide: dans le désir de mourir pour rejoindre Dieu ou de vivre une expérience spirituelle; en raison d'une trop grande souffrance spirituelle; suite à des ruptures avec la communauté religieuse; ou enfin parce qu'un délire mystique amène à la tentative de suicide. »

4. Evaluer la dimension spirituelle de la personne hospitalisée en psychiatrie

Ce chapitre dévoile un outil pratique pour mener à bien une évaluation de la dimension spirituelle et la méthodologie pour réaliser cette mise en oeuvre.

Les pages qui suivent présentent la grille d'évaluation élaborée à partir des enseignements reçus.

Quant aux paragraphes suivants, ils exposent la chronologie selon laquelle cette évaluation est à mener ; du dialogue initial avec l'équipe soignante qui va révéler l'adéquation d'envisager l'évaluation au retour d'informations aux soignants, jusqu'à la prise en charge de l'accompagnement spirituel si celui-ci est souhaité. Chaque étape se trouve détaillée et commentée.

Mais l'ensemble de ce processus est conditionné par quelques prérequis.

4.1 Prérequis

Pour qu'une évaluation de la dimension spirituelle puisse devenir opérationnelle, il faut d'abord se mettre d'accord, au sein de l'équipe soignante pluridisciplinaire, sur trois éléments déterminants.

1. À partir de l'expérience soignante et de l'apport de la recherche scientifique, l'équipe pluridisciplinaire s'accorde sur ce qui peut être objectivement identifié comme étant de l'ordre de la dimension spirituelle.⁸¹
2. La spiritualité peut tout aussi bien participer à la fonctionnalité qu'à la dysfonctionnalité du patient. L'équipe pluridisciplinaire connaît cette articulation en fonction de laquelle est établi un protocole d'intervention spirituelle nuancé.⁸²
3. L'équipe pluridisciplinaire reconnaît à l'accompagnant spirituel les compétences pour mener à bien une évaluation de la dimension spirituelle des patients. À condition que celle-ci se fasse en respectant un processus de réflexion déterminé.⁸³

⁸¹ : cf. Tableau « La sphère spirituelle » en annexe, p. 78.

⁸² : cf. Tableau « Evaluation et protocole clinique, spiritualité fonctionnelle et dysfonctionnelle » en annexe, p. 77.

⁸³ : voir à ce sujet le paragraphe ci-après 4.2.1, p. 33 qui se réfère au document en annexe : « Protocole clinique – Discernement pluridisciplinaire “Pour quel patient faire une évaluation spirituelle ?” », p. 76.

4.2 Outil d'évaluation de la dimension spirituelle

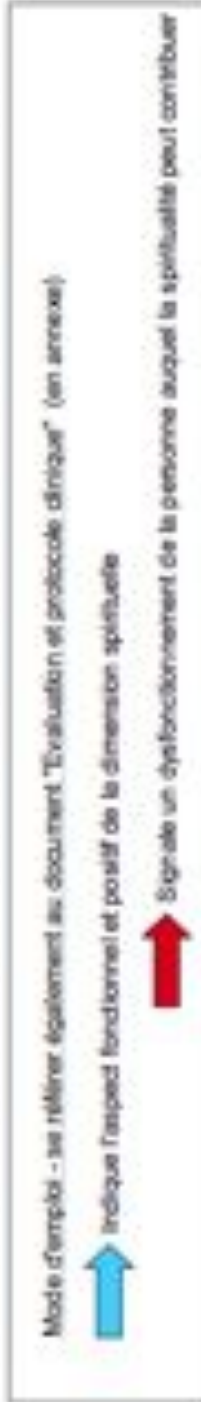
EVALUATION DE LA DIMENSION SPIRITUELLE COMME PART DE L'ETRE GLOBAL

Objectif

Au cours d'un entretien l'accompagnant spirituel donne la possibilité au patient de s'exprimer sur sa spiritualité. Cet échange permet ensuite de nommer comment la spiritualité pourrait être prise en compte durant l'hospitalisation, si l'évaluation démontre que la spiritualité peut être une ressource objective du patient pour faire face à sa maladie psychique

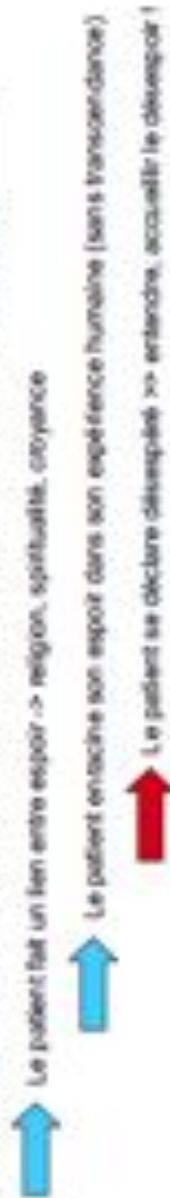
Modalités

L'entretien se déroule selon le standard de l'écoute centrée sur la personne. Nécessité de verbaliser un contrat (alliance) patient - accompagnant spirituel qui détermine comment les éléments significatifs nommés durant l'entretien sont transmis à l'équipe soignante pour qu'ils soient pris en compte dans les objectifs thérapeutiques du patient.



1. IDENTIFIER LA SOURCE DE L'ESPERANCE

Q. Dans votre situation (évoquer la maladie - chronique - temporaire / temporaire) qu'est-ce qui est pour vous source d'espoir, sens, réconfort, force, paix, amour, relations ?



2. VERIFIER COMMENT LE PATIENT FAIT LA DISTINCTION ENTRE RELIGIEUX ET SPIRITUEL.

Q. Globalement, si vous portez un regard sur votre vie, diriez-vous que la spiritualité ou la religion est une part importante de votre existence ?



Si OUI à religion :

pourriez-vous me dire ce qu'est, pour vous, votre religion et comment vous la vivez ?

Exemples types de réponses possibles

appartenance à une confession / communauté
pratique personnelle / communautaire
à vécu une initiation religieuse
souvenirs du passé / réalité actuelle
religion accompagnée la maladie



Si OUI à spiritualité :

comment décririez-vous votre spiritualité ?

Exemples types de réponses possibles

lien avec une transcendance identifiée
ressource intérieure
« fabrication » de pratiques
spiritualité accompagnant la maladie

prêter attention aux représentations symboliques

3. NOMMER COMMENT LA SPIRITUALITE EST INTEGREE

C. Nous allons tenter d'évaluer comment, généralement, la spiritualité participe à votre existence.
 (-> bien-être : paix, sérénité, harmonie, joie... et/ ou -> mal-être : détresse, rupture, ...)

Q. a **La spiritualité donne-t-elle un SENS particulier à votre vie ?**



Expérience d'une vie infinie et inaltérable dans son essence, qui donne du sens à la vie (soutenance)
 Donne des raisons d'espérer et de continuer à croire en l'avenir
 Permet de maintenir des projets, soutien l'espoir de guérison
 Demoure un outil d'orientation (besoins de l'existence)



La spiritualité ne contribue plus à la donation de sens -> Perte de sens :

La vie n'a plus de but, elle est absurde
 La mort semble la seule perspective possible (peur)
 L'existence se réduit à la maladie qui est dévorante

Q. b **Est-ce que votre spiritualité vous met en relation avec une TRANSCENDANCE ?**



Nommer cette transcendance, sa représentation
 Transcendance proche / éloignée - sensible / insensible
 Relation directe avec la transcendance (vie spirituelle) qui renforce
 Sentiment de plénitude, être comblé, aimé
 Bienveillance qui préserve la dignité de l'être



Rupture avec la transcendance

Sentiment d'être abandonné/oublié par « Dieu »
 Sortir la relation de Dieu
 Perte de la foi (rupture de relation)
 Ressentir un vide intérieur impossible à combler

Q. c) La spiritualité renforce-t-elle votre échelle des VALEURS essentielles de votre vie ?

Nommer les valeurs primordiales (respect, compréhension, tolérance)
 Sentiment d'être respecté, compris (surtout durant l'hospitalisation), être soi-même capable de respect
 Reconnaissance des compétences des soignants (donc) - complaisance au traitement
 Nécessité d'être en relation avec une communauté humaine (ou de la)

 **Mise en péril des valeurs existentielles**

Traison (PLAFA), incompréhension, non respect, insistance
 Non confiance aux soignants (informations fausses, manipulation)
 Valeurs en contradiction avec celles de la société (légalisme)
 Être rejeté par sa communauté humaine (de la)

Q. d) Finalement, pouvez-vous dire que cette évaluation de votre spiritualité révèle une part de votre IDENTITE ?

 Pour être pleinement vous-même, vous exprimez vos besoins d'être aimé, compris, réconforté, en relation, valorisé, écouté...
 → la spiritualité s'exprime à travers « tout ça »

 Vos émotions positives vous mettent en lien avec votre spiritualité : joie, plaisir, bien-être, appartenance, communion, ...
 → recherche spirituelle de ce qui est bon et qui peut contribuer à la guérison

 Recherche de l'harmonie fait appel au pardon, à la réconciliation ; être bien avec soi, les autres, la transcendance

 **L'impossibilité spirituelle affecte l'identité → détresse existentielle**

Enfermement, isolement, dégradation, non-expression
 → devient objet et non plus sujet de son existence (des soins)
 Sentiments de culpabilité, d'abandon, de rejet, désespoir
 → augmentation de la matérialité de soi, de l'absence, des symptômes
 Désir de mort comme ultime moyen de recouvrer une identité désirable

4. LA SPIRITUALITE COMME RESSOURCE FACE A LA MALADIE

Q. En prenant appui sur votre spiritualité, quelles ressources supplémentaires cela vous donne pour faire face à votre maladie ?



prière permet un décentrement de la souffrance et un chemin de confiance
 spiritualité permet un détachement du réel, apaise, unifie fibre intérieure
 maintien du souffle dynamique de la vie : motivation, entraîn, foi, courage, volonté
 onaris dans les moments de doute, donne du sens, du réconfort
 reconnaissance des compétences des soignants - favorise la complaisance à la thérapie
 permet de contrer les idées noires
 barrière psychologique du péché
 barrière morale contre les passages à l'acte
 joie de vivre, humour bienveillant, confiance
 met en relation
 réconfort de se savoir aimé
 permet une valorisation personnelle, émotionnelle, relationnelle
 aménage l'estime de soi, renforce le sens, les valeurs, l'identité - rend la vie précieuse
 permet d'opérer des choix « pour le bien », pacification, réconciliation

5. SYNTHESE DE L'EVALUATION DE LA DIMENSION SPIRITUELLE

R. Reprendre en synthèse les éléments nommés qui attestent d'une spiritualité qui soutient (ou inversement qui affecte davantage) la personne et lui donne des ressources pour affronter sa maladie.

6. RETOUR AUX SOIGNANTS POUR UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

Q. Selon vous, les soignants ont-ils connaissance de cette part spirituelle de vous, pensez-vous qu'on leur donne des informations à ce sujet
cela pourrait être bénéfique pour votre prise en charge thérapeutique ?



SI NON : nommer les enjeux perçus en tant qu'accompagnant spirituel...



SI OUI -> alliance patient - accompagnant spirituel pour la transmission des informations :

qui transmet quoi ?
ce que l'accompagnant spirituel va transmettre
respect du secret professionnel - de l'alliance

7. SUITE DE L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL

Q. Comment souhaitez-vous que nous évoluons suite à cette évaluation spirituelle ?

accompagnement régulier à définir
respect de l'autonomie (sans endoctriner)
prise en charge collective
stop

La grille d'évaluation que vous venez de parcourir est un outil. Par définition, tout instrument a ses propres limites et son utilisation requiert une méthodologie. Celle-ci est contenue dans les paragraphes suivants.

4.2.1 Ce qui précède l'évaluation de la dimension spirituelle

Cela a déjà été nommé précédemment, il y a un enjeu éthique⁸⁴ dans la volonté d'intégrer la dimension spirituelle dans les soins psychiatriques. Il s'agit de tendre à l'action soignante la plus cohérente en tenant compte de l'histoire du patient et de la survenue de sa psychopathologie. Dans la narrativité, par une relation empathique, le patient va pouvoir développer sa propre donation de sens à l'épreuve de la maladie qu'il est en train de vivre et qui le rend vulnérable⁸⁵. Cette attribution de sens va largement contribuer à la réussite thérapeutique. Or, la spiritualité est la part de l'être où retentissent les questions de sens et de valeurs. Ainsi la démonstration est faite : l'évaluation de la dimension spirituelle peut contribuer à la prise en charge globale centrée sur le patient et son rétablissement possible.⁸⁶

À partir du moment où ce projet est communément admis et reconnu par le collège soignant, il est impératif de l'ordonner aux objectifs thérapeutiques du patient. Pour cela, le « Protocole clinique : Pour quel patient faire une évaluation spirituelle » va permettre de conduire un discernement en équipe.

Voici quelques éléments significatifs à ce sujet :

- l'évaluation spirituelle n'est pas systématisée au sein d'une unité de soins. Celle-ci est toujours issue d'un choix de l'équipe soignante pluridisciplinaire ;
- la pathologie n'est pas l'élément discriminatoire pour déterminer quels sont les patients susceptibles de vivre cette anamnèse ;
- la spiritualité peut avoir des aspects fonctionnels et dysfonctionnels pour le patient, mais ce n'est pas à cette distinction-là que va mener l'évaluation. Elle va permettre de nommer, avec le patient, en quoi la spiritualité qui l'anime est une ressource dans la maladie ; comment le sens, les valeurs et la transcendance participent à fonder son identité qui demeure inchangée malgré l'épreuve existentielle qu'il traverse. Il n'est pas exclu que l'évaluation démontre comment la spiritualité accentue la psychopathologie en ce qu'elle est peut-être dysfonctionnante ;
- il est nécessaire que l'équipe soignante transmette de son côté les informations relatives à la pathologie et à sa prise en charge afin que l'anamnèse spirituelle puisse tenir compte de ces paramètres ;

⁸⁴ : rappel de la définition de l'éthique par Ricoeur : « La recherche de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes ».

⁸⁵ : cf. infra, note 50, p. 17, citation de BENAROYO.

⁸⁶ : Lazare BENAROYO, Intervenant lors du module 3 de la formation le 24.09.2009, cite Ch. MATTINGLY : « Le succès thérapeutique dépend en grande partie de l'aptitude du soignant à mettre en scène une histoire qui fait sens pour le patient tout autant que pour lui-même. On pourrait même dire que la tâche du soignant consiste à créer une intrigue thérapeutique qui conforte le patient dans l'idée que le traitement qui lui est proposé fait partie intégrante du soin qui lui est apporté ».

- pour autant que cela soit possible, il peut être judicieux que l'équipe soignante nomme quelques hypothèses au sujet de la spiritualité du patient. Cela ne devrait pas porter préjudice à l'objectivité de l'entretien d'évaluation spirituelle.

4.2.2 Le temps de l'évaluation spirituelle

Les soignants (infirmiers, psychothérapeutes, médecins psychiatres) interpellés au sujet de cette recherche m'ont dit, avec la même unanimité, leur intérêt pour la dimension spirituelle de la personne hospitalisée. Mais avec des nuances personnelles, chacun s'est prononcé sur le fait que la dimension spirituelle demeure peu investiguée dans la prise en charge thérapeutique. Pour illustrer cela, je cite de mémoire, les propos d'un Infirmier Chef d'Unité de Soins : « Moi, comme soignant, je vais très peu intervenir dans le champ de la spiritualité d'un patient. Pas tellement parce que je crains de ne pas avoir les outils pour le faire. Mais bien davantage parce que, selon mes convictions propres, la spiritualité est une part de l'être que je vais préserver chez le patient. C'est l'endroit de son ultime liberté. »⁸⁷

Une posture qui exprime clairement l'enjeu de la prise en compte de la dimension spirituelle lors d'une hospitalisation en psychiatrie aiguë. Celle-ci requiert une attention particulière ; on ne parle pas avec légèreté du plus intime de son être. Ce dévoilement exige une mise en confiance et une véritable rencontre. Les soignants ont les compétences relationnelles pour cela. Mon expérience clinique me donne simplement de constater fréquemment comment les patients se livrent aisément, dans leur plus profonde sincérité, à l'aumônier que je suis. Je vois deux raisons à la confiance qu'ils m'accordent et qui leur permet pareille transparence. Primo, c'est évident pour quelques-uns, le fait que je sois envoyé par une Eglise, « messenger d'un Dieu et/ou d'une institution reconnus », leur donne le droit de se livrer. Secundo, et ceci se vérifie presque dans la totalité des entretiens, comme aumônier, j'ai un statut différent dans l'institution de soins. Les patients savent que ce qu'ils me disent du plus secret de leur être va rester entre eux et moi. Je ne violerai pas cette confiance, sans au moins négocier avec le patient, la nécessité de transmettre une information essentielle aux soignants après l'entretien. Ainsi, les patients savent que face à l'aumônier, ils peuvent se dire, en vérité, sans avoir à craindre une prescription thérapeutique (médication, thérapie, etc...) au terme de l'entretien. Autrement dit, il y a une vraie gratuité dans la rencontre entre le patient et l'accompagnant spirituel. Cette particularité ouvre la porte à une confiance totale qu'il faut absolument savoir préserver. Raison première et majeure pour laquelle, l'évaluation de la dimension spirituelle est une offre de prestation possible d'un service d'aumônerie, mais n'a pas à devenir la pratique systématisée de l'aumônier en psychiatrie.⁸⁸ Cette formalisation

⁸⁷ : Entretien avec Olivier SCHNOEBELEN, ICUS, SPJBB, Bellelay, 7 mai 2010

⁸⁸ : Entretien avec Olivier MARENDAZ, Psychothérapeute, SPJBB, Bellelay, 7 mai 2010 : « Tout comme la quête de sens existentielle n'a pas à être psychologisée, l'accompagnement spirituel ne doit pas spiritualiser les représentations des patients. Seul le patient peut répondre à ses besoins spirituels. Ici l'autonomie est absolument à préserver. L'intervention de l'expert spirituel peut figer des conceptions en imposant « sa » vérité. La vérité qui rend libre est toujours en possession de la personne, elle n'est pas donnée de l'extérieur.

De plus il y a un véritable risque d'instrumentaliser la spiritualité aux mains d'un expert. Celui-ci devient alors le détenteur du pouvoir spirituel, la spiritualité devient un concept défini et peut aboutir dès lors à prescrire des préceptes. [...]

conceptualisée risquerait à terme de supprimer la réciprocité du don mutuel vécu dans la rencontre aumônier – patient.

Il serait hors sujet de faire ici un développement sur la relation d'aide, l'écoute centrée sur la personne. Ce n'est pas le traité de la présente recherche.⁸⁹ Je souligne que l'accueil du patient dans sa globalité, en demeurant fermement centré sur la narration qu'il donne de son existence va lui permettre de se dire. Ce faisant, il va découvrir par lui-même le sens de l'épreuve qu'il traverse. Personne ne peut mieux que lui-même, dans sa souveraine autonomie, nommer le souffle de vie qui l'anime. Avec lui, il s'agit d'identifier, au cœur de son existence, le feu qui le fait vivre et lui donne des ressources pour tenter de surmonter sa maladie.

Pour soutenir l'autonomisation du patient, l'accompagnant spirituel se doit déontologiquement, de savoir à la fois être très proche en empathie et suffisamment distant pour laisser le patient libre de ses propos et de ses représentations symboliques.⁹⁰ Jamais l'accompagnant spirituel ne peut être prosélyte ; il n'est ni maître du sens ni maître de la vérité. Il est un compagnon, qui « fait route avec », en laissant toujours au patient l'initiative du chemin à prendre, du rythme à donner et de la destination visée. Bien sûr, cela exige une certaine vigilance pour ne pas se laisser piéger par les manipulations et un risque possible de se voir précipiter dans des impasses existentielles. Ainsi, selon ma compréhension, savoir maintenir un cadre à l'entretien n'est pas forcément une atteinte à l'autonomie, mais davantage un acte bienveillant pour le patient.

C'est dans cette perspective résolument orientée vers l'autonomie du patient qu'une évaluation de sa dimension spirituelle peut lui être proposée. Idéalement, celle-ci devrait être vécue sans avoir recours à une grille formelle. Pour que la spiritualité s'exprime, il ne faut pas la faire « rentrer » dans un canevas conceptuel ; c'est prendre le risque de l'étouffer, de l'astreindre à résidence en bafouant sa liberté, de l'indigner. Ainsi, avec beaucoup de finesse et de savoir-être à l'écoute, l'accompagnant spirituel va suggérer des pistes de réflexions sur la spiritualité, le sens, la valeur, la transcendance qui fondent l'identité spirituelle de l'être. Cela peut se manifester en pratiquant une éthique narrative.

Mais, tout travail de recherche nécessite une élaboration et une structuration méthodologiques. Il a bien fallu donner une forme et un contenu à cette évaluation spirituelle. C'est ce qu'est censée permettre la grille développée précédemment. Afin de simplifier la prise de notes, une fiche est aussi élaborée pour cela.

Ci-après sont commentés ces deux outils praxéologiques. La compréhension des prochains paragraphes est facilitée par un regard simultané sur la grille d'évaluation de la dimension spirituelle (cf. ci-avant les pages 27-32).

Avant tout l'aumônier doit apporter une présence. En tant qu'homme il vient rencontrer d'autres hommes. Cette rencontre n'est pas conceptualisée, elle est fondamentalement gratuite, présence offerte. C'est au rayonnement vécu par l'accompagnant, qui atteste ainsi de son animation interne par « le feu de la vie » qu'il va donner au patient d'envisager un sens possible dans ce qui lui arrive. »

⁸⁹ : RIVIER, SUTER et HONGLER donnent un rappel méthodologique très intéressant de la relation d'aide, pp. 23-24.

⁹⁰ : cf. infra, note 50, p. 17, citation de ODIER.

La grille « Evaluation de la dimension spirituelle comme part de l'être global »

1. Dans votre situation qu'est-ce qui est source d'espoir ?

Cette première question est une porte d'entrée dans le sujet. Elle veut donner la liberté au patient de répondre sincèrement en ne se sentant pas obligé de se dire croyant, religieux ou spirituel face à l'aumônier qui entre en relation avec lui. Elle ne donne volontairement pas, dans l'immédiat, une information précise quant à la religiosité du patient. Ce dernier reste libre, à ce stade, d'esquiver la dimension spirituelle - religieuse.

Par contre, cette question peut révéler immédiatement un désespoir profond. Dans ce cas, il est essentiel de se mettre à l'écoute de ce désespoir qui n'exclut pas, d'emblée, l'idée que la détresse peut aussi être d'ordre spirituel. L'évaluation 3 a-d, devrait permettre de nommer des manques, des besoins spirituels qu'il faudra intégrer dans la suite de l'entretien.

2. Globalement, si vous portez un regard sur votre vie, diriez-vous que la spiritualité ou la religion sont une part importante de votre existence ?

Question fermée (3 choix possibles 2x oui et non)

Ici, il n'est pas encore question d'entrer dans un développement. Simplement, il s'agit d'objectiver brièvement comment le patient perçoit sa spiritualité/religiosité. L'approfondissement vient après.

3 a-c. Evaluation circonstanciée de la dimension spirituelle : sens, transcendance, valeurs

L'hypothèse qui sous-tend cette partie veut que la spiritualité contribue généralement au bien-être de l'existence de la personne. La survenue de la maladie peut affecter l'être et la spiritualité. Il se peut aussi que la spiritualité participe à la psychopathologie.

L'enjeu est de permettre au patient de nommer comment sa spiritualité est donatrice de sens, en quoi elle renforce ses valeurs intrinsèques et comment la transcendance apporte du soutien.

Toutefois, cette évaluation peut aussi permettre l'expression de ce qui est de l'ordre d'une détresse spirituelle à cause de la perte de sens de l'existence, en raison d'un rapport faussé avec la transcendance ou par des conflits de valeurs.

3 d. Est-ce que cette évaluation révèle une part de votre identité ?

→ Une spiritualité bienfaisante participe à l'identité de la personne et la fait advenir à une plus haute dignité.

→ La détresse spirituelle affecte l'identité de la personne et risque de contribuer à son mal-être en renforçant certains symptômes psychopathologiques.

4. La spiritualité comme ressource face à la maladie

Pour les patients qui nomment la spiritualité comme ressource, l'intention de cette quatrième question veut leur permettre de faire leur propre investigation, en déterminant comment leur spiritualité pourrait les aider à faire face à leur maladie.

5. Synthèse de l'évaluation de la dimension spirituelle

L'accompagnant spirituel est à même, à ce moment de l'entretien, de reprendre en synthèse une série d'éléments nommés, en les objectivant, afin de laisser entrevoir en quoi ils donnent une information importante dans le cadre des soins.

6. Retour aux soignants

Est sous-jacente à cette question la volonté de rendre le patient le plus autonome possible. De lui-même, il peut donner un retour aux soignants ; en évoquant comment cette évaluation de sa dimension spirituelle l'éclaire dans sa situation et quels sont, pour lui, les éléments significatifs qui devraient être pris en compte durant son hospitalisation.

Mais il est aussi essentiel que l'accompagnant spirituel donne un retour aux soignants. C'est pourquoi, il est nécessaire de faire un « contrat » ou une « alliance » avec le patient, pour qu'il sache ce qui sera transmis aux soignants et qu'il se déclare en accord avec ce procédé.

« Fiche de prise de notes pour l'évaluation de la dimension spirituelle »

Cette fiche reprend en synthèse à la fois le contenu et les hypothèses de la grille d'évaluation ainsi que les éléments de définition de la sphère spirituelle dans ses aspects fonctionnels (cases bleues) et dysfonctionnels (cases rouges), voire d'une éventuelle détresse existentielle.

Aucune information soignante relative à la pathologie ne figure sur ce document, de sorte qu'il puisse être visuellement accessible par le patient sans courir le risque de trahir un secret médical.

Cette présentation synthétique a pour seul but de remémorer les éléments essentiels liés à la dimension spirituelle. Celle-ci simplifie l'évaluation et la prise de notes des informations fournies par le patient (et consécutivement la retransmission ultérieure aux soignants), en donnant la possibilité de cocher des cases et de souligner des mots-clés.

Enfin, elle rappelle la chronologie cohérente de l'évaluation et sert d'aide-mémoire ; ménageant ainsi le risque d'oublier de nommer les étapes qui suivront l'évaluation à proprement parler.

4.2.3 Après l'évaluation spirituelle, les intentions du retour à l'équipe soignante

La mise en œuvre pratique de l'anamnèse spirituelle va dégager ou non des potentialités d'intégration de la dimension spirituelle dans la prise en charge thérapeutique globale. Cette perspective induit certaines intentions quant au retour à donner aux soignants.

1. Éléments de la spiritualité objectivés par l'évaluation⁹¹

L'anamnèse psychologique faite à l'entrée en clinique et le cadre de soins ne fournit que très peu d'informations relatives à la religion/spiritualité des patients. L'évaluation spirituelle va permettre d'objectiver plusieurs éléments :

- ce qui nourrit l'espoir ;
- l'affiliation, ou non, à une religion officielle et la pratique y relative ;
- la conscience d'un lien entre religion/spiritualité et la maladie ;
- les représentations symboliques données par le patient à la transcendance.

⁹¹ : Éléments relevés sur la « Fiche de prise de notes pour l'évaluation de la dimension spirituelle », en annexe, p. 79.

Ensuite, dans une objectivité relative, le patient exprimera sa spiritualité comprise comme : donatrice de sens et de valeurs, en lien avec une transcendance, l'ensemble contribuant à fonder son identité.⁹²

Enfin, de manière plus subjective, le patient va également nommer en quoi sa spiritualité est une ressource dans l'épreuve de la maladie qu'il traverse.

2. Discernement : ce qui peut être donné en retour, ce qui reste dans le secret

Au terme de l'évaluation il revient à l'accompagnant spirituel de mener une négociation avec le patient au sujet des informations significatives révélées par l'anamnèse et qui seraient susceptibles d'être transmises aux soignants.

Il appartient au patient d'accepter ce transfert d'informations. Il revient à l'accompagnant spirituel de savoir démontrer l'intérêt de cette démarche, pour le bien du patient et la suite de sa prise en charge thérapeutique.

Cela ne peut se réaliser qu'en ayant clairement conscience que, ce qui se sera exprimé de la spiritualité est de l'ordre de l'intime, de l'inviolable, du mystère et du partiellement non-transmissible parce que trop singulier.

Idéalement, le patient lui-même va être amené à rendre compte de son évaluation spirituelle au soignant en qui il accorde la plus grande confiance. Cependant, pour la cohérence de la prise en charge globale pluridisciplinaire, l'accompagnant spirituel se doit également de rendre compte de cette évaluation à l'équipe soignante.

Pour aider au discernement des informations à transmettre et celles qui doivent demeurer dans le secret de la relation Aumônier – Patient, je suggère la ligne directrice suivante :

- toute information qui est de l'ordre de l'intime (histoire de vie du patient) n'est pas nécessairement à dévoiler à l'équipe soignante. À moins que cela ne soit préjudiciable à la prise en charge thérapeutique ou à la vie du patient ou d'un de ses proches ;
- ce qui est dit de la spiritualité comme participant à la compréhension de la maladie, au « bien-être » du moment, à l'espérance du rétablissement ; autrement dit, les éléments qui participent « au fonctionnement » de la personne hospitalisée peuvent être transmis à l'équipe soignante.

Cela va permettre au soignants de mieux connaître le patient, de savoir comment sa conscience, ses valeurs, son lien à la transcendance s'organisent pour lui donner des raisons d'espérer et de lutter.⁹³

⁹² : cf. Groupe de travail – ROCHAT, p. 8 : « 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. »

⁹³ : à ce sujet DORSAZ évoque, p. 201 : « Finalement comme je l'ai déjà dit, la foi est le seul moyen certifié d'espérer contre toute espérance, d'adhérer à la conviction que l'amour l'emportera finalement sur la haine, la beauté sur la laideur, la vérité sur le mensonge, la santé sur la maladie, le bien sur le mal. Si le psychiatre est bien un eudémoniste, c'est-à-dire un spécialiste au service du bonheur humain, comment pourrait-il s'en désintéresser ? »

3. Elaborer un contrat avec le patient pour le retour à donner aux soignants

De toute manière, pour préserver le lien de confiance tissé entre l'accompagnant spirituel et le patient, il leur revient de définir les termes de ce « contrat » grâce auquel les soignants auront accès aux informations révélées par l'évaluation spirituelle.

Ce qui doit demeurer central, c'est l'attention au bien du patient et le respect des principes éthiques fondamentaux « en ayant une vision globale du projet de soins (que devient le patient – sens de son existence) qui va au-delà du projet thérapeutique séquencé. »⁹⁴

Si après négociation, le patient refuse toute transmission à l'équipe soignante, alors l'accompagnant spirituel doit au moins obtenir un affranchissement qui lui permette, non pas de dévoiler des informations du patient, mais comment il a vécu cette évaluation et ce sur quoi, dans un avenir proche, elle peut possiblement avoir des répercussions sur le projet thérapeutique.

Très concrètement, sur la « Fiche de prise de notes » l'accompagnant spirituel peut surligner les informations à transmettre aux soignants et le patient peut apposer sa signature dans la case « visa » pour signifier son accord avec cette transmission.⁹⁵

4. Un retour aux soignants qui peut contribuer à humaniser les soins

Tout ce qui collabore à une meilleure compréhension de la personne malade l'élève à une plus haute dignité.⁹⁶ Ainsi, « cette exploration anamnétique est (peut être) cruciale car elle permet de mieux comprendre le sens de la souffrance et d'orienter les investigations de manière plus précise. »⁹⁷ Dans ce sens, il est envisageable qu'une telle démarche concourt à humaniser davantage les soins.

Il sera intéressant de voir à l'usage ce que les soignants pourront intégrer des informations reçues suite aux évaluations spirituelles. D'une part, il n'est pas exclu qu'ainsi, de nouvelles clés de compréhension des patients ouvrent à de nouvelles perspectives de soins. D'autre part, il paraît inévitable que cette sensibilité plus grande à la spiritualité provoque les soignants à se positionner différemment face à certains projets thérapeutiques. De nouveaux enjeux éthiques seront à relever.

Une question va probablement se profiler rapidement. Si l'évaluation de la dimension spirituelle devient une pratique clinique reconnue : où et comment les soignants vont-

⁹⁴ : Lazare BENAROYO, Intervenant lors du module 3 de la formation le 24.09.2009, décrit en ces termes ce qui est au centre de l'éveil éthique : « La sollicitude (souci d'autrui et écoute de sa souffrance face à la vulnérabilité (qu'il faut identifier), la capacité d'accueil dans un climat de confiance, la bienfaisance médicale, le respect de l'autonomie, le respect de l'intégrité du malade (au sens du respect de sa personne en tant qu'unité psycho-physique et spirituelle), le respect de la dignité.

⁹⁵ : En cas de désaccord sur la transmission de la part du patient, ne rien surligner et demander la signature.

⁹⁶ : « Ce qui, comme soignant, nous invite à une conversion, à un changement de posture soignante ; en effet le soignant s'occupe de la vie quand elle souffre, alors qu'il faudrait peut-être s'occuper de la vie ? Quelle reconnaissance éthique j'accorde à la personne en souffrance, qu'est-ce que je fais de la personne d'autrui ? », citation de COLLAUD lors du module 4 de la formation le 26.11.2009.

⁹⁷ : citation de Lazare BENAROYO, Intervenant lors du module 3 de la formation le 24.09.2009.

ils garder une trace écrite des éléments significatifs ainsi importés ? Dans un premier temps, l'information orale lors des colloques de transmission va suffire. Mais, certains repères devront être gardés en mémoire nécessitant une transcription écrite. Faudra-t-il envisager une rubrique particulière dans le cardex du patient ? Cela est-il compatible avec la loi sur la protection des données ? Et dans une visée plus institutionnelle, quelles sont les conséquences de stipuler de telles informations de la dimension spirituelle des patients dans leur cardex ? Autant de questions auxquelles il faut s'attendre à devoir apporter une réponse déontologique.

4.2.4 Suite à l'évaluation, l'accompagnement spirituel

L'évaluation de la dimension spirituelle aura des répercussions sur la prise en charge thérapeutique globale. Cela a été présenté dans l'optique des soins. Il faut encore en dire quelque chose dans la visée spécifique du « soin spirituel ». L'accompagnement spirituel va persévérer dans cette volonté de maintenir la personne qui souffre dans sa dignité ontologique *« en étant attentif à ne pas faire de la maladie un concept qui lui est extérieur. Se retrouvant soudainement dépendant dans une unité de soins, le patient vit une multitude d'événements qui, cruellement, lui signifient sa perte de liberté. Prendre le temps de relire dans les détails ce qui se passe, pour l'ouvrir à une vision plus large que son horizon restreint, plus lointaine dans le temps que les échéances thérapeutiques, permet de donner du sens et un retentissement différent aux émotions.*

Dans cette approche globale de la personne, un enjeu d'importance en lien avec les émotions, est de permettre à la personne de nommer sa souffrance et ses échos physiques, psychiques, relationnels et spirituels, dans leur singularité. Le cadre soignant a parfois tendance à parler « froidement » de la souffrance comme d'une réalité médicale que l'on peut traiter, atténuer. La réalité humaine de la douleur vécue est souvent diamétralement différente.⁹⁸ Permettre à la personne malade de mettre des mots sur sa douleur, c'est avant tout, oser prendre le risque de l'entendre dans ce qu'il y a, momentanément, de plus criant en elle.⁹⁹

Arrive alors véritablement le moment de « se mettre en chemin » avec le patient. Après s'être rendu proche. Après avoir permis de nommer des émotions dans lesquelles s'expriment les questions de sens, d'identité, bref de spiritualité. Une fois l'angoisse d'être empêché de se dire dans toute sa fragilité atténuée, il devient possible d'envisager d'élever la personne dans sa dignité ontologique. Cela consiste à lui permettre de demeurer sujet de son histoire, en lui donnant d'évoquer et de ressentir, dans l'instant présent, son cadre narratif. Pour l'accompagnant spirituel, Dieu donne alors au malade « d'être une personne, quelqu'un à qui Dieu s'adresse »¹⁰⁰. Car l'objectif de l'accompagnement spirituel est là : donner à la

⁹⁸ : BENAROYO : « Pour comprendre l'expérience de la souffrance du malade il est nécessaire d'adopter une attitude différente de l'attitude scientifique objective qui prend distance par rapport au contenu « subjectif » de la souffrance ».

⁹⁹ : idem : « La souffrance, c'est paradoxalement le silence. [Elle] apparaît comme l'intransmissible par excellence, non pas qu'on ne puisse pas en témoigner, parler, se plaindre, mais elle renvoie toujours à une dimension de singularité par rapport à laquelle l'autre se trouve inexorablement exclu », citation de M. Benasayag (2000).

¹⁰⁰ : Thierry COLLAUD, « Que devient la personne dans la démence ? », in F.-X. PUTALLAZ et B. N. SCHUMACHER, « L'humain et la personne », Cerf, Paris, 2008, p. 122.

personne d'être dans son présent et de s'ouvrir, déjà ici et maintenant, à son devenir. Ce, même indépendamment de toute considération religieuse. Au cœur de son potentiel spirituel il est, dans ce passage mouvementé de la maladie, primordial de donner à la personne de nommer ses ressources ; ce souffle de vie qui re-suscite sa « dignité d'homme et l'autorise à revendiquer sa liberté, sa raison d'être et le désir d'une relation face à face avec le divin ou du moins avec l'autre homme ». ¹⁰¹

Il y a donc, dans le temps de la maladie une véritable œuvre de lumière à faire. Surtout ne jamais admettre l'idée d'une existence qui perd toute dignité, mais chercher à tout prix à souligner comment elle demeure en la personne malade ¹⁰², malgré la déchéance physique (ou psychique). Il est ici question de respecter fondamentalement l'intégrité de la personne qui, pour elle-même selon son point de vue, est pleinement consciente de ce qui subsiste digne et respectable en elle et qui appelle à « articuler des actes humains cohérents (malgré) le chaos de la maladie. » ¹⁰³

Il est temps de conclure ce paragraphe en relevant comment l'accompagnement spirituel peut veiller à resituer la personne malade de son contexte narratif, dans son histoire. Ce en écoutant ce que le patient dit de son existence et de son interprétation de l'entrée de la maladie dans son histoire ; qu'il considère le mal qui l'assaille aussi bien comme une rupture d'un équilibre soigneusement entretenu jusqu'alors, que comme une agression externe ou un long processus émanant de son être même.

De toute évidence, au-delà de la maladie et de ce qu'elle peut permettre comme cheminement personnel, ce qui est souhaité et qui mobilise l'homme malade ou soignant, c'est le rétablissement de la santé. ¹⁰⁴ Cela se vérifie même auprès des personnes affectées de maladies chroniques, la spiritualité soutient la quête de sens même là où la vie semble sombrer dans l'absurdité, le non-sens, la déchéance. Accompagner cette dimension de l'être, c'est espérer au-delà de toute espérance, croire contre toute attente que l'humain, à l'instar de Jésus - Dieu fait homme, devient fort dans la faiblesse, devient plus humain dans l'adversité. ¹⁰⁵

Il est temps de passer à l'expérimentation clinique de l'évaluation de la dimension spirituelle avec quelques patients. Il ne faut pas perdre de vue que ce projet est en phase de recherche et qu'il va ouvrir une série d'essais qui viendront valider ou invalider la perspective de travail. Avec humilité et sans arrogance scientifique il faut oser l'aventure clinique.

¹⁰¹ : Thierry COLLAUD, « Le statut de la personne démente », Academic Press Fribourg, 2003, p. 65-66.

¹⁰² : id., p. 66.

¹⁰³ : cf. à ce sujet DOUCET, p. 28-29.

¹⁰⁴ : ce passage écrit en italique est une reprise d'un précédent travail, dans le cadre du certificat, sur l'anthropologie de la douleur.

¹⁰⁵ : cf. infra, note 4, p. 2 : 2Co 12, 9. Voir aussi, dans ce sens, la merveilleuse citation de JOLLIEN en annexe, p. 93.

5. Phase d'expérimentation

Éprouant passage de la théorie à la pratique. Après des semaines de recherches, certes soutenues d'une expérience pastorale, négocier la transition d'une cohérence intellectuelle souhaitée vers une application pratique, qui se veut utile et congruente, est à la fois motivant et déstabilisant.

Par chance, le terrain d'expérimentation se trouve être une institution de soins au sein de laquelle règne une réelle bienveillance. Au point que j'ai été surpris, non pas de la tolérance à l'égard de mon projet, mais bien de l'intérêt qu'il suscite chez les soignants. Même avec les personnes les plus prudentes, - souvent à cause de leur propre appréhension au sujet de la religion -, il a suffi de nommer la spécificité de la spiritualité, comme part de tout être humain, pour leur donner le goût de s'intéresser à cette approche étendue de la personne malade.

L'entrée en matière a donc été encourageante.

Il s'agit de faire un saut dans l'inexploré ; jusqu'ici, comme accompagnant spirituel, je me suis toujours refusé de travailler selon un protocole établi. J'ai toujours considéré primordial, d'avoir la capacité d'être présent aux personnes sans chercher à conduire l'entretien dans une direction prédéterminée. Mettre en œuvre ce projet implique une nouvelle façon de travailler, un autre mode d'accompagnement.

5.1 Avant l'entretien d'évaluation de la dimension spirituelle

Avec l'accord des responsables thérapeutiques d'une unité de soins, je peux mener une première évaluation spirituelle avec une patiente. Cette concrétisation soulève d'emblée quelques questions :

- comment faire l'évaluation de la dimension spirituelle d'une patiente inconnue ?
- comment faire la transition entre le nécessaire temps d'approvisionnement et l'évaluation spirituelle ?
- vais-je formuler les questions telles qu'écrites sur la grille d'évaluation – donc dans un cadre très formel – ou vais-je devoir faire une adaptation ?

5.1.1 Préparatifs personnels

Dans les heures qui précèdent l'entretien, je révise la « Grille d'évaluation », ainsi que la « Fiche de prise de notes » et je me rends compte qu'il m'est nécessaire d'avoir une carte de mémorisation des questions de l'évaluation.¹⁰⁶ J'exécute ce document synthétique afin de n'avoir pas à rencontrer la patiente avec un imposant dossier sous les yeux.

Ensuite, je réalise que la « Fiche de prise de notes » est élaborée en séparant visuellement, par des couleurs différentes, ce qui est de l'ordre d'une spiritualité aidante (écriture bleue), de ce qui est plutôt dysfonctionnant (en rouge). Dès lors, sachant que je ne vais pas cacher cette fiche à la patiente, quelle sera sa réaction si, au fil de l'entretien, je ne fais des annotations que « dans le rouge » ? Qu'est-ce que cela va signifier pour la patiente, quelles seront ses déductions ? Ainsi, je fais le choix d'imprimer ce document en noir et blanc pour aller rencontrer la patiente.

¹⁰⁶ : voir en annexe, p. 80 : « Mémo pour l'évaluation de la dimension spirituelle ».

5.1.2 Préparation de l'évaluation spirituelle avec l'équipe soignante

La première question qui se pose lorsque je fais le point avec l'équipe soignante, avant d'aller rencontrer la patiente, est de savoir quelles sont les informations importantes à connaître avant l'évaluation.

En avançant à tâtons, je finis par avoir accès à un portrait exhaustivement dressé de la patiente, dans une vision biopsychosociale très large. Des enjeux sont nommés quant à la suite de la thérapie, des perspectives de vie de la patiente, des éléments de la prise en charge. De même, j'ai le sentiment d'avoir une compréhension éclairée de la vie et de la personnalité de la patiente. Je me demande même si toutes ces informations ne vont pas perturber mon écoute durant l'entretien.

Je suis très satisfait d'apprendre que les soignants ont annoncé cet entretien à la patiente et lui ont fixé rendez-vous à une heure déterminée.

Je quitte l'équipe soignante en vérifiant à quel moment je leur rendrai compte de mon intervention.

5.2 Entretien d'évaluation de la dimension spirituelle d'une patiente

L'entretien durant lequel j'accomplis la première évaluation de la dimension spirituelle ne se déroule pas idéalement. Me voici immédiatement confronté à un nouveau questionnement, alors même que je suis en train d'écouter la patiente.

Le verbatim de cette rencontre¹⁰⁷ rend compte des difficultés rencontrées : premièrement, la patiente et moi sommes des inconnus l'un pour l'autre. Il est dès lors évident qu'il faut un temps d'apprivoisement pour que la patiente commence à me parler de la part la plus intime de son être ; on ne dévoile pas son âme à un inconnu. Il faudra donc une majeure partie de la rencontre pour établir cette nécessaire base de confiance qui va libérer la parole. De fait, dans ce premier entretien, il ne m'a pas été possible de faire une évaluation spirituelle selon le protocole établi. Deuxièmement, la rencontre se vit à deux endroits géographiques : elle commence au fumoir, puis nous nous déplaçons ensemble et nous poursuivons notre échange dans la chambre de la patiente. Cet interlude nécessaire au déplacement n'est évidemment pas ce qu'il y a de plus propice à tisser la relation. Troisièmement, l'entretien a lieu alors que l'heure du repas de midi approche. Je sais que la patiente est ritualisée quant à ses activités quotidiennes. Voyant la tournure que prend l'échange, mesurant l'importance de laisser la patiente s'approcher de moi à sa guise dans le dévoilement de son récit, je cours le risque qu'à un moment donné, elle interrompe la rencontre pour aller manger... inévitablement cela se produit !

Fort heureusement, l'entrée en matière sur l'évaluation de la dimension spirituelle a pu avoir lieu et le niveau de confiance a pu s'élever assez pour que la patiente se déclare intéressée à poursuivre la démarche ultérieurement.

¹⁰⁷ : pour des raisons évidentes de confidentialité et de respect de la patiente, le contenu de cet entretien ne peut pas être dévoilé publiquement.

Je quitte donc la patiente avec un sentiment mitigé : à la fois j'ai pu mener à bien une partie de l'évaluation spirituelle, mais il me semble que je n'aurai pas beaucoup d'informations à transmettre à l'équipe soignante.

Cela dit, je suis satisfait d'avoir su tenir le principe éthique fondamental. Au-delà de vouloir « tester » le projet d'évaluation spirituelle, la patiente est demeurée au centre de la rencontre et en empathie, je me suis d'abord et avant tout préoccupé de son bien.

5.3 Après l'évaluation spirituelle – travail d'analyse et préparation de la transmission aux soignants

Immédiatement après l'entretien, à mon bureau, je retranscris par écrit le corps de la discussion ; non pas sa forme verbale mais les sujets traités. Cela me servira ultérieurement pour écrire le verbatim de cette rencontre.

5.3.1 Regard critique sur l'entretien vécu

Le travail de transcription thématique permet de nommer plusieurs constats.

1. Me présenter comme aumônier / accompagnant spirituel donne forcément une teinte à l'entretien ; la patiente se positionne immédiatement dans sa religiosité.
2. Je suis incapable d'entrer en relation suivant un protocole formel, je privilégie le temps d'approvisionnement sur la volonté de mener à bien une évaluation spirituelle.
3. Suivant cette logique, l'entretien ne se déroule pas selon mes plans et la patiente m'oblige à m'adapter à elle, à la suivre dans son récit. En choisissant cette non-directivité j'éprouve de la difficulté à garder mon écoute centrée sur la personne tout en me sachant contraint de mener à bien une évaluation spirituelle qui semble momentanément corrompue.
4. Je n'arrive pas à écouter et à prendre des notes en même temps. Très clairement, le support papier interfère avec mon écoute. Par moment, mon attention (ne serait-ce que la direction de mon regard) quitte la patiente pour se focaliser sur le papier. A tel point que j'en arrive à m'excuser de prendre des notes et à le justifier. (Cela dit, je ne pense pas que la patiente en a été perturbée.)
5. En cours d'entretien je réalise que j'ai avantage à prendre de la distance avec « mon projet d'évaluation spirituelle » pour mieux être à l'écoute de la patiente et simultanément, je prends conscience que le travail de réflexion mené jusque-là me donne des clés plus précises pour mener l'entretien. A cet instant, j'éprouve un sentiment de libération bienfaisant.

5.3.2 Relecture de l'entretien

L'entretien délivre des informations intéressantes sur la dimension spirituelle de la patiente. Je prends le temps de retranscrire ces éléments avant d'aller en rendre compte à l'équipe soignante.

Pour cela, je complète la « Fiche de prise de notes pour l'évaluation spirituelle »¹⁰⁸. Il est intéressant de souligner combien la grille d'évaluation, donne d'être attentif à des éléments de l'ordre de la spiritualité auxquels je ne prêterais pas attention sans elle. De plus, cette « Fiche de prise de notes » permet de nommer en quoi la dimension spirituelle de la patiente peut être objectivée.

Finalement, c'est avec un sentiment de satisfaction que je donne un retour aux soignants, en sachant que celui-ci est plus précis et révèle des informations mieux ciblées de mon intervention auprès de la patiente. Cela encourage mon souhait d'une plus grande intégration au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

5.3.3 Retour à l'équipe soignante

« Fiche de prise de notes » et retranscription thématique de l'entretien en mains, je vais rendre compte de l'évaluation spirituelle de la patiente à l'équipe soignante.

Une infirmière prend note des éléments que je lui partage pour les transmettre au prochain colloque d'équipe.

Ce retour permet d'objectiver la dimension spirituelle de la patiente :

- pour elle la distinction confessionnelle protestant – catholique n'est pas significative
 - elle est protestante
 - a vécu son initiation chrétienne complète jusqu'à la confirmation
 - se dit croyante
 - croit en Dieu
 - dit qu'elle prie « pour elle » tous les jours
 - pense que sans sa croyance elle ne serait plus en vie
 - partout où elle va il y a une bible
 - verset biblique de sa confirmation : « Voici je me tiens à la porte et je frappe (Ap 3,20) »
 - pour elle, croire doit participer d'une logique
 - l'astrologie apporte cette logique croyante
- une question en suspens : son incapacité de mettre fin à ses jours relève de quelle compréhension spirituelle ? Est-ce parce qu'elle craint le jugement divin ou est-ce parce que Dieu préserve un sens à son existence ?

Éléments de compréhension de la personnalité de la patiente :

- rôle du père omniprésent dans son récit → dévalorisation personnelle → désir de mort
- peur de l'avenir (possible incarcération)
- peur de retourner dans son foyer (hommes frappent à sa porte la nuit)
- a très peu de relations (son chien a été comme son enfant)

¹⁰⁸ : annexe, p. 81.

- dit avoir toujours voulu des enfants
- n'accepte pas sa condition de femme
- hypothèse : écriture comme moyen d'exprimer à « quelqu'un » ce qu'elle vit ?
- si elle brûle ses écrits, ce n'est pas en lien avec le fait de vouloir éliminer quelque chose d'elle-même. Elle les brûle aux moments où l'écriture passe d'un statut de libération à un acte obsessionnel ; un devoir d'écrire tout ce qui se passe dans ses journées. A ces moments-là, elle doit se débarrasser de ce fardeau d'écriture obsessionnelle.

Emotions au cours de l'entretien

Seules deux « poussées émotionnelles » ont été perceptibles durant la rencontre :

- quand revient à sa mémoire le souvenir de l'incendie de son appartement
→ prostration – baisse la tête et le regard ;
- quand elle nomme sa prise de conscience d'aller vers la liberté intérieure
→ illumination du regard.

La spiritualité comme ressource dans la maladie :

- dit qu'elle a découvert, grâce au travail avec sa psychologue, qu'elle n'a plus à chercher la liberté à l'extérieur, mais que cela doit devenir une quête vers une libération intérieure ;
- ne nomme pas les éléments de son histoire de vie qui portent préjudice à ce chemin de libération ;
- « elle frappe à la porte » de cette liberté intérieure qui pourrait devenir la possibilité « de vivre en harmonie avec elle-même » ;
- selon mon interprétation, elle exprime un désir « de passer une porte » dans sa vie et cela devrait répondre à son besoin d'alléger son existence.

Cette présentation de l'évaluation de la dimension spirituelle livrée aux soignants fait surgir quelques interpellations.

1. Prochainement, une rencontre pluridisciplinaire aura lieu au sujet du projet thérapeutique de cette patiente. Il pourrait être intéressant que ces observations soient rapportées à ce colloque pour être prises en compte dans la suite du traitement.
2. Je signale, qu'à tout le moins, je vais contacter la psychologue qui accompagne la patiente pour lui faire part du désir de cette dernière d'aborder, aussi sur le plan spirituel, sa quête de libération intérieure.
3. Enfin, il est évident, parce que souhaité par la patiente, mais aussi parce qu'il y a des éléments à mettre en lumière, que je vais poursuivre l'accompagnement et cela va encore préciser l'évaluation de sa dimension spirituelle

5.3.4 Bilan de ce processus d'évaluation spirituelle

Alors même que ce premier essai d'évaluation de la dimension spirituelle d'un patient ne s'est pas déroulé idéalement, il est possible d'en dresser un bilan plutôt positif.

Tout d'abord, il faut relever que ce projet suscite un certain enthousiasme au sein de l'équipe soignante pluridisciplinaire. Cela provoque chacun à se positionner quant à sa propre spiritualité. Mais il y a un véritable enjeu clinique qui se dégage d'emblée : la dimension spirituelle de la personne hospitalisée peut être accueillie et cette approche semble facilitée si un intervenant spécialisé est à même de la mettre en œuvre.

Ensuite, dans ma fonction d'accompagnant spirituel, l'outil d'évaluation de la dimension spirituelle me donne d'être différemment attentif à ce qu'évoque la personne accompagnée.¹⁰⁹ Ceci confirme une hypothèse de travail : l'évaluation me permet d'objectiver des informations relatives à la dimension spirituelle des patients et d'en rendre compte de façon mieux systématisée aux soignants.

Enfin, je constate, et c'est une évidence, que je suis aux balbutiements d'une recherche qui va devoir s'affiner à l'usage. Mais à présent, aussi bien l'expérience vécue avec les patients, que l'intérêt des soignants, sont des motivations supplémentaires à poursuivre l'approfondissement.

6. Travail sur les enjeux éthiques

Cela a déjà été nommé, ce travail est une recherche personnelle et, à ce stade, il n'est pas soutenu par une volonté institutionnelle. Comme tout établissement soignant, les SPJBB où s'insère ma pratique, ont une attention éveillée au respect déontologique de l'éthique soignante. Précédemment, les principes fondamentaux en éthique clinique ont été développés. Il a aussi été démontré que la prise en compte de la spiritualité peut élever le niveau qualitatif des soins en les humanisant davantage, par la valorisation de la dignité humaine de tout patient.

Sans craindre les repréailles des éthiciens et sans impertinence, il est maintenant permis d'affirmer que l'attention à la spiritualité dans les soins, non seulement intègre l'éthique et ses préceptes, mais elle a l'ambition de renouveler son mode d'incarnation dans la chair et la psyché humaine blessée, à soigner et à guérir.

¹⁰⁹ : de manière significative cela s'est démontré dans d'autres entretiens qui ont pu être observés selon la grille d'évaluation spirituelle. À ce sujet, voir les documents en annexes, pp. 82-83. 86 : « Fiches de prise de notes pour l'évaluation de la dimension spirituelle » et pp. 84-85 : « Vignette – Retour à l'équipe soignante de l'entretien spontané avec Mme V.

Dès lors, tous les enjeux éthiques repérés précédemment¹¹⁰ peuvent être réaffirmés dans la pleine conscience des impasses particulières où se trouvent parfois les soins psychiatriques¹¹¹.

Le projet de rétablissement de la santé mentale appelle une approche biopsychosociale et spirituelle. Cette perspective s'impose de plus en plus. Il y a dans le souffle de vie qui anime l'être d'une personne atteinte de psychopathologie, des ressources pour attribuer du sens à l'épreuve de la maladie, donnant ainsi la possibilité de l'intégrer dans le projet de vie toujours à construire.

Les soignants se sentent démunis pour approcher cette dimension de la personne qu'ils tiennent, par ailleurs, à respecter profondément.

Si l'institution de soins envisage de prendre davantage en compte la spiritualité des patients cela aura comme conséquence pour les soignants, de les obliger à se positionner face à cet élargissement dans l'approche de l'humain à soigner.

La réflexion menée au sujet de la spiritualité a permis de mesurer la bienveillance des soignants à l'égard de la croyance des patients et de leurs pratiques confessionnelles pour lesquelles, généralement, un espace est rendu possible durant l'hospitalisation.

De plus, cela a également mis en lumière le profond respect des différents intervenants thérapeutiques entre eux au sein de l'institution. Ainsi la compétence des aumôniers pour prendre en charge la dimension spirituelle des patients est reconnue et valorisée ce qui remédie, au moins partiellement, au risque de confusion des rôles entre les soignants.

Enfin, le statut institutionnel de l'accompagnant spirituel va devoir se préciser. Selon toute vraisemblance, il est appelé à trouver son équilibre entre, d'une part, une capacité à fournir une prestation définie en vue de favoriser l'intégration de la dimension spirituelle dans le projet thérapeutique de certains patients. Et, d'autre part, une aptitude à manifester une présence gratuite aux côtés des patients. Ces derniers reconnaissant, dans la personne de l'accompagnant spirituel, un semblable qui vient les visiter, au nom d'un Autre, pour les rétablir dans leur plus haute dignité humaine.

¹¹⁰ : cf. Chapitre 3.2, p. 16.

¹¹¹ : parmi les difficultés éthiques repérées en psychiatrie et sans vouloir les décrire longuement, citons les situations suivantes : les conflits de pouvoir entre médecins et soignants qui contraignent ces derniers à poser des actes thérapeutiques qui leur paraissent incohérents avec le projet thérapeutique à long terme ; les plaça (privation de liberté à des fins d'assistance) qui rendent impossible les alliances thérapeutiques ; le non-respect du patient dans un traitement sous contrainte ; l'utilisation de la psychiatrie pour pallier à des manques d'institutions socio-éducatives ; des durées d'hospitalisations qui ne respectent pas le principe d'autonomisation du patient ; les interdits thérapeutiques qui portent atteinte aux libertés fondamentales du patient – non respect du bien du patient pour le bien de l'institution ; prescription de traitements dont les buts sont incompris par les patients et dont l'adhérence est alors réduite à néant, etc.

7. Résultats, intérêts et limites de cette recherche

Ce travail est un plaidoyer pour l'intégration et de la dimension spirituelle dans la prise en charge globale et de l'accompagnant spirituel au sein de l'équipe soignante pluridisciplinaire¹¹².

Dans cette visée, l'étude menée ici démontre qu'il est possible d'objectiver, en partie au moins, la spiritualité d'un patient et de faire ainsi en sorte qu'elle puisse participer au projet thérapeutique. Ce, à condition que cette dimension soit évoquée dans un langage communément admis et reconnu par les différents thérapeutes. À présent, il est permis d'affirmer que la spiritualité est potentiellement un levier thérapeutique à ne pas négliger.

Ce projet d'évaluation de la dimension spirituelle révèle l'intérêt de porter une attention singulière à la spiritualité dans les soins. Evoquer ce sujet, en disant qu'il est le thème d'un travail de recherche, conduit les soignants à confesser une évidence au demeurant voilée : la dimension spirituelle participe au rétablissement de la santé mais ils ne s'autorisent pas réellement à l'intégrer.

Dès lors, structurer une telle exploration a un effet détonateur qui semble ouvrir à des possibilités où il faudra oser s'aventurer.¹¹³

Arrivant au terme de ce projet, il faut également en reconnaître certaines limites. Tout d'abord, je n'ai pas cherché à cultiver les avis contradictoires sur la question. Pourtant ils existent ! D'éminents psychiatres clament haut et fort que la spiritualité n'a pas sa place dans la thérapie des maladies mentales. Ceci contribue à ce que, dans certaines institutions de soins, les aumôniers n'ont pas accès au cadre soignant, à peine y sont-ils tolérés. Cette réalité existe, elle n'est pas celle où je pratique et donc j'ai fait le choix d'alimenter ce travail à partir de sources qui ont une visée convergente avec le projet que j'ai voulu réaliser.

Cette recherche, au même titre que d'autres élaborées ailleurs, est une ébauche qui tente de répondre à une prise de conscience de plus en plus prégnante dans les soins. Il serait fallacieux de prétendre détenir une quelconque vérité en la matière. Parmi d'autres, ce travail souhaite apporter un bout de réponse au questionnement que la spiritualité pose au monde de la santé. La modestie est de rigueur, tout

¹¹² : cf. HEFTI, citation page 11, note 23 et schéma d'intégration. Voici également ce qu'en dit François MAYEMBA, Médecin psychiatre, Chef de clinique, SPJBB, Bellelay, 14 mai 2010 : « La spiritualité est une valeur et une dimension qui entre dans le cadre de l'âme souffrante, pour laquelle la place de l'aumônier ou du prêtre/pasteur trouve son insertion réelle et irremplaçable. Il y a certaines révélations que le patient en psychiatrie ne se sentirait prêt à livrer que dans ce cadre. L'aumônier fait partie intégrante de l'équipe soignante tout en gardant une distance quant à ce qui est connu comme secret confessionnel, dont il n'a pas le devoir et l'obligation de livrer dans sa crudité à toute l'équipe soignante. Selon sa méthodologie, il connaît ce qu'il peut livrer et ce qu'il doit garder aussi pour l'équilibre moral du patient. »

¹¹³ : Une réaction spontanée d'une soignante à la présentation de ce projet a été de dire : « L'intérêt de pouvoir ainsi objectiver et nommer la spiritualité dans un langage commun avec nous (soignants) c'est qu'il sera possible de refaire une évaluation spirituelle en fin d'hospitalisation et de mesurer ainsi le progrès fait par le patient. Ce sera d'autant plus révélateur qu'il parlera de son être profond et non de réussite (ou d'échec) thérapeutique. », Christel CREVOISERAT, ICUS, Adm. Ger., SPJBB, Bellelay, 17 mai 2010.

comme la nécessaire remise en question. D'une conceptualisation théorique il faut maintenant s'engager à une pratique qui va attester ou contredire les hypothèses de ce travail. De toute manière, il est évident que l'outil élaboré ici va devoir s'affiner en se frottant à la réalité. Entre autres, il reste à vérifier si, dans la spécificité psychiatrique, il est plus opportun d'évaluer l'état de la spiritualité des patients ou s'il serait plus judicieux de nommer les effets positifs et/ou négatifs du spirituel et les éventuelles ressources qu'il fournit ou dessert. La présente recherche prétend mixer ces deux options. Il est probable que l'usage va favoriser une perspective de travail plutôt qu'une autre.

Ainsi se présente une autre limite atteinte par ce travail et contingente au temps à disposition pour l'élaborer. Effectivement, il serait souhaitable de pouvoir multiplier les essais pratiques pour en tirer un enseignement. Ce qui n'a pas été possible. Il va donc falloir poursuivre la prospection en sachant reconnaître la valeur du cadre théorique sur laquelle elle peut continuer de s'appuyer.

En parcourant ces pages, certainement aurez-vous, vous aussi, perçu des limites à cette recherche. L'intérêt n'est pas ici de les recenser exhaustivement, mais d'ouvrir une porte aux nécessaires discussions à venir pour permettre à ce projet de continuer à se déployer.

8. Conclusion

Pour conclure, quatre phrases courtes qui ont davantage vocation d'ouverture que de clôture.

- J'avais peur de paraître présomptueux en insinuant, au début de ce travail, que l'accompagnement spirituel peut être thérapeutique. À présent, je n'ai plus peur d'affirmer que la spiritualité est un levier sur lequel les soins peuvent prendre appui. Maintenant, je mesure avec une profondeur différente l'investissement en temps et en énergie pour atteindre une réelle intégration de la spiritualité dans la prise en charge biopsychosociale.
- Je pense que l'offre actuelle d'un service d'aumônerie en psychiatrie est appelée à s'étoffer et à innover. Prétendre que l'accompagnement spirituel peut être thérapeutique exige la conceptualisation et la réalisation d'un projet dans ce sens.¹¹⁴
- Je crois plus fermement encore que toute spiritualité/religiosité appelle à un « être-ensemble », sinon elle est en danger de devenir une forme d'ésotérisme. Cela impose la question suivante : vers quelles communautés aidantes est-il (et sera-t-il à l'avenir) possible d'orienter les patients pour que leur spiritualité puisse s'épanouir au sortir de leur hospitalisation ?
- J'ai éprouvé la difficulté de formuler une définition de la spiritualité dans un cadre déterminé. Savoir « de quoi l'on parle » est toujours un avantage pour être à même de se confronter à ses interlocuteurs. Mettre des mots sur une réalité qui nous échappe est un réel défi. Je vous encourage donc à écrire ci-après ce qu'est pour vous la spiritualité et ainsi s'éveillera en vous une sensibilité spirituelle capable de transformer vos relations.

Ma définition de la spiritualité

¹¹⁴ : à ce sujet, voir en annexe : « Avant-projet d'Atelier d'art-thérapie spirituel », p. 87.

Remerciements

J'écris ces lignes alors que tout le monde dort dans la maison, seuls quelques toussotements d'enfants rompent le silence. Silence et absence que j'ai cultivés de longues semaines durant au sein de ma famille pour parvenir à écrire ce travail. Ma plus vive reconnaissance va donc, en premier, à mes proches. Merci pour votre tolérance et votre soutien Sarah, Julie, Jonas, François et Eloïse.

Merci aussi à ma parenté, aux amis et aux autres collègues pastoraux qui ne m'ont pas reproché mon absence pour mener à bien mes études.

Ce travail a été possible grâce aux SPJBB qui ont provoqué ma réflexion. Je dois une vive reconnaissance à l'équipe des Admissions 2 pour leur indéfectible amitié et leur soutien sans borne. Avec émotions, je me souviens de mes premiers pas en psy ; Marie-Rose, Fabienne et Nicole, vous avez su, dès le premier instant, me partager votre motivation et celle-ci me porte aujourd'hui encore.

J'adresse aussi une reconnaissance émue à l'équipe des Admissions Ger. qui s'est engagée avec moi dans ce processus.

Je ne vais pas citer toutes les personnes qui se sont mobilisées personnellement en offrant une part de leur temps et de leur énergie pour participer à mon propre discernement dans cette recherche. À vous tous, collègues des SPJBB, un chaleureux merci.

Depuis cinq ans, il supervise mon engagement pastoral et soutient ma propre quête spirituelle. Sans toi, Ruedi, je ne serais pas l'aumônier que je suis. En toute simplicité je salue ta fidèle et éclairante amitié.

À l'heure où le certificat en éthique et spiritualité dans les soins touche à sa fin, je tiens aussi à remercier les responsables de cette formation pour les compétences qu'ils y ont développées. Merci à vous, Thierry Collaud et Michel Fontaine. Un grand merci également à Etienne Rochat qui a accepté de coacher l'écriture de ce travail et qui m'a, plusieurs fois, invité à réviser l'orientation que je prenais. Merci aussi à Nicole et Sarah qui ont pris le temps de relire et corriger ce travail.

Et puis, en toute honnêteté, ma gratitude va également aux institutions qui m'engagent et qui m'ont donné la possibilité de mener à bien ce certificat. Merci à la Collectivité ecclésiastique catholique romaine de la république et canton du Jura, ainsi qu'à la Direction des soins des SPJBB.

Enfin ce travail n'aurait pas lieu d'être sans les personnes qui souffrent de maladie mentale et que je tente, souvent avec une grande impuissance mais avec foi, de soutenir à chaque passage dans l'institution. Avec une profonde émotion, je m'incline devant vous et devant l'indescriptible dignité avec laquelle vous vous battez contre le mal qui vous assaille.

Annexes



Pour des questions de confort de lecture et de simplification rédactionnelle, la forme masculine est utilisée dans ce texte. Les auteurs demandent cependant aux lecteurs d'y associer la forme féminine pour l'ensemble du document.

1. Objectifs

Cette instruction de travail décrit le concept d'aumônerie et définit les compétences et responsabilités de la commission de l'aumônerie œcuménique et des bénévoles du service d'aumônerie des SPJSS.

2. Domaine d'application

La présente procédure s'applique à l'ensemble des SPJSS.

3. Définitions et abréviations utilisées dans ce document

-

4. Concept de l'aumônerie œcuménique

Le service d'aumônerie œcuménique des SPJSS est composé de professionnels nommés et mandatés par le Vicaire épiscopal, sur délégation de l'évêque de Sion pour l'Église catholique et par le Conseil Exécutif sur proposition du délégué aux affaires ecclésiastiques du canton de Sion en ce qui concerne l'Église réformée, en accord avec la direction des SPJSS, pour participer à l'accompagnement bio-psycho-social et spirituel des patients.

C'est un service à part entière intégré à l'ensemble des prestations que proposent les SPJSS en accord avec la loi cantonale sur les soins hospitaliers (LSH) approuvée en 2005. Il est rattaché à la Direction des soins et figure sur l'organigramme de cette dernière.

Dans l'optique d'une approche globale de l'être humain, les aumôniers sont des collaborateurs de référence des SPJSS pour :

- **les enjeux spirituels:** la dimension spirituelle de l'homme le relie à son « être ». Elle est l'origine et la réponse potentielle et individuelle du mystère de la vie au cœur de l'humanité. Elle accompagne l'homme dans son cheminement, lui permettant d'appréhender sa singularité et de se connaître à travers les événements de sa propre vie. Elle est le réservoir des ressources personnelles de chacun, faisant face à sa condition humaine. Ainsi, la spiritualité peut se vivre en dehors de toute appartenance ou événement religieux.
- **les enjeux religieux:** le religieux comprend la reconnaissance et l'appartenance à une communauté de foi, structurée par des règles de comportements, des rites et des pratiques culturelles. L'appartenance religieuse peut être le lieu où les fidèles vivent leur spiritualité.
- **les enjeux éthiques:** l'éthique est la recherche de ce qui est bon pour l'homme et la prohibition de tout comportement portant atteinte au respect de la personne humaine et à la déontologie inhérente aux professions de la santé, dans le cadre des SPJSS.

4.1 Prestations professionnelles

Le service s'adresse aux patients et à leurs proches ainsi qu'aux collaborateurs des SPJSS. Il accompagne les personnes dans leur cheminement spirituel et, le cas échéant, religieux. Il offre un espace d'écoute afin qu'elles puissent clarifier, approfondir ou questionner leur parcours et leurs ressources personnelles. Il veille à ce que les réponses soient pensées de sens pour celles et ceux qui en font la demande. Il est garanti qu'aucune forme de prosélytisme ne soit exercée dans l'institution.

À la demande des instances concernées, ses membres interviennent en tant qu'accompagnants spirituels (homme ou femme consacré/ordonné ou laïc, en possession d'une formation théologique de base ou jugée équivalente) ou aumôniers (fonction ecclésiastique). Ils peuvent également être sollicités pour des cérémonies et rites, co-animations de groupes, démarches pluridisciplinaires et formations. Une supervision professionnelle régulière et la formation continue concourent à la qualité de leur travail.



4.2 Interdisciplinarité

Dans une perspective pluridisciplinaire, les professionnels de l'aumônerie travaillent en étroite collaboration avec les équipes dont ils partagent la vision commune et le secret professionnel et de fonction. Le travail du service d'aumônerie s'inscrit dans la prise en charge globale du patient. À ce titre, chacun de ses membres s'informe auprès des soignants et médecins de la situation des patients, puis restitue à son tour les éléments pouvant être utiles à l'évolution personnelle des patients. En sa qualité d'intervenant spirituel, chaque membre du service peut être invité à participer aux colloques des soignants ou en faire la demande. Dans la mesure de ses compétences et de sa formation, il peut être sollicité pour fonctionner comme personne ressource auprès des équipes de soins ou dans le cadre d'activités thérapeutiques ou d'animation.

4.3 Œcuménisme et approche interreligieuse

L'accompagnement spirituel offert se réalise indépendamment de l'appartenance confessionnelle et religieuse. Les demandes spécifiques des patients et des familles, dont la religion n'est pas représentée au sein du service d'aumônerie, sont transmises par les aumôniers, aux instances et personnes concernées.

5. Commission de l'aumônerie œcuménique

5.1 Composition de la commission

La commission de l'aumônerie œcuménique des SPJBB est composée :

- D'un représentant de la Direction des soins des SPJBB,
- D'un collaborateur du service d'animation des SPJBB,
- D'un délégué de l'Église réformée mandaté par le conseil de la paroisse réformée de Tavannes et par le Conseil du Synode jurassien,
- D'un délégué de l'Église Catholique mandaté par le Délégué épiscopal,
- De deux aumôniers professionnels mandatés par les SPJBB.

La commission nomme elle-même son président. Au sein de la commission, tous les mandats portent sur une durée de quatre ans renouvelable. Les procès-verbaux sont établis par le secrétariat de la Direction des soins.

5.2 Responsabilités

La commission de l'aumônerie est une instance consultative qui fait office d'organe de référence pour le Service d'aumônerie œcuménique composé d'aumôniers professionnels et de bénévoles. Elle contribue à la mise en œuvre du concept d'aumônerie au sein des SPJBB (cf chapitre 4.6 du document «IT115-P1.1 Plan de management») et veille aux orientations de ce service. Elle est consultée lorsqu'un poste d'aumônier est à pourvoir et donne son préavis à la Direction. Elle siège au minimum deux fois par année et participe à l'une des rencontres semestrielles de l'aumônerie.

5.3 Tâches

La commission de l'aumônerie :

- Assure l'interface entre le Service d'aumônerie et les autorités ecclésiastiques concernées.
- Entend les futurs candidats à la pastorale clinique et donne son préavis.
- Veille au cadre d'intervention et à la reconnaissance des bénévoles.
- Propose des moyens, respectivement des instances, aptes à résoudre les conflits qui impliquent des agents de l'aumônerie.
- Entreprind les démarches nécessaires au renouvellement des membres de la commission.



6. Membres du service d'aumônerie

6.1 Définition

Le bénévole est une personne reconnue et mandatée pour une mission définie.

6.2 Conditions

Avoir des prédispositions relationnelles et justifier dans la mesure du possible d'une sensibilité à la relation d'aide. Le mandat porte sur une durée de deux ans renouvelable.

6.3 Responsabilités et tâches

Les responsabilités et tâches du bénévole sont définies en fonction des compétences et intérêts individuels. Elles sont attribuées par la Commission du service d'aumônerie des SFJBB et le service d'aumônerie qui en assurent le bon fonctionnement. Ces derniers ont en outre la responsabilité de définir un cadre, précisant notamment les exigences liées au secret professionnel.

7. Information et communication

Le service d'aumônerie au travers de ses membres est responsable de donner toute information utile aux instances ecclésiales, aux paroisses et à toute personne demandeuse dans le sens de démythifier la psychiatrie et de la situer dans un contexte compréhensible pour chacun. En ce qui concerne les médias, toute communication relative aux SFJBB doit faire l'objet d'une demande à la Direction.

8. Documents associés

[Plan de management](#)

Sujet d'actualité et important

	publications
• Spiritualité et médecine	1375
• Religion et médecine	1210
• Religion et santé	15124
• Besoins spirituels des patients	656
• Santé et spiritualité	2701
• Bien-être et spiritualité	855
• Médecins et spiritualité	239
• Médecins et religion	2110
• Médecins et spiritualité des patients	137
• Médecins et religion des patients	587

Effets bénéfiques de religion/spiritualité pour les patients

- **Diminution du stress** *Soc Sci Med*1991;32:1257
J Geront 1989;44:S4 *Behav Med* 1989 15:111
- **Diminution de dépression** *Am J Psychiatry* 1992;149:1693 *Psychosomatics* 1995;36:369
- **Prévention et guérison de toxicomanie** *J Stud Alcohol* 1993;54:297 *J of Social Issues* 1995;5:65
- **Prévention de cardiopathie et hypertension artérielle** *Epidemiology* 1993;4:285
- **Limitation de la douleur** *J Behav Med* 1985;8:193
- **Adaptation au handicap** *J Geront* 1997;52 :S306
- **Guérison après chirurgie cardiaque** *Psychosom Med* 1995 57:5
- **Adaptation à la maladie** *J Geront* 1989;44: S4

Towards an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia S Mohr et al Am J Psychiatry 2006;163:1952-1959

Enquête: chez 115 pts schizophrènes, la spiritualité et ou la religion ont des effets majoritairement positifs

EFFETS positifs

- Espérance, sens 71 %
- ↓ symptômes psy 54 %
- Intégration sociale 28 %
- Risque suicide ↓ 33 %
- Abus substances ↓ 14 %
- Compliance Th ↑ 16 %

EFFETS négatifs

- Détresse spirituelle 14 %
- ↑ symptômes psy 10 %
- Isolement social 3 %
- Risque suicide ↑ 10 %
- Abus substances ↑ 3 %
- Opposition au Th 15 %

• Religion et spiritualité associées au bien-être psychologique et à une diminution des symptômes psychiatriques: enquête multicentrique, 1824 pts

P Corrigan et al Community Mental Health Journal, 2003;39:487-99

→ effets positifs (espoir, amélioration des sy, acceptation de la maladie, ...) chez env 90% des pts schizophrènes

• Et multiples publications sur les effets bénéfiques ou sur l'intérêt de la spiritualité ou de la religion en oncologie, psychiatrie, médecine palliative, chirurgie, pédiatrie, médecine intensive, épidémiologie.....

• Effets négatifs: culpabilité, punition méritée et refus de traitement, non compliance, ne pas s'opposer à la volonté de Dieu...

Désirs des patients

- **94 %** des patients considèrent leur santé spirituelle aussi importante que leur santé physique
J Fam Pract, 1994;39; 349-352
- La majorité des patients souhaitent aborder cette dimension avec leur médecin, surtout dans les situations de crise.
J Fam Pract, 1994; 39:554-68
J General Intern Med, 2003; 18:38-43
- **45 %** (177 pts) indiquent que leur religion-spiritualité influenceraient leur décision si gravement malades
66 % souhaitent que leur médecin s'occupe de leur croyance-spiritualité
15% se voient pris en charge à ce sujet par leur médecin
Arch Intern Med, 1999; 159:1803-6

**Annonce ou prise de conscience
d'une maladie grave**

**Approfondissement de la
démarche spirituelle...**

**Arrêt et annihilation de la
quête spirituelle →
indifférence spirituelle,
perte de dignité , perte de
sens et des valeurs,
remise en cause de la
personne, mort de son
soi....**

détresse spirituelle

Réponse du médecin au besoin spirituel du patient

- Prise en considération de cette dimension
- Détection d'une éventuelle demande, d'un besoin
 - > **SPIR** *E Frick et al, Europ J Cancer Care; 2006;15:238*
 - > **FICA** *CM Puchalski*
 - > **FACIT-SP** *Petermann A et al Ann Behav Med 2002;24:49-58*
 - > **anamnèse spirituelle...**
- Travail multidisciplinaire...Référer au spécialiste/aumônier
- Pas de prescription, mais réponse par une présence, un accompagnement...Le patient décide, dirige, dit sa vie et ses valeurs...

Réponse du médecin au besoin spirituel du patient

Conditions nécessaires:

- Être compétent: formation théorique et pratique
- Se connaître ... (domaine de sa spiritualité, sa religion)

Pièges et dangers:

- Prosélytisme, intrusion , influence, coercition, non respect d'intimité envers un patient fragilisé, vulnérable
- Anamnèse spirituelle = intervention...
- Attention à respecter l'éthique... autonomie, non maléficienne, bienfaisance
- Mélange des rôles: médecin versus aumônier

Limites au désir des patients

- Demande de participer au rituel, de prier...d'endosser le rôle d'aumônier

conclusion

- La Spiritualité est une dimension importante de l'être humain. Elle fait partie du bien-être, donc de la santé.
- Elle fait partie de la prise en charge holistique du patient.
- Le médecin est souvent en 1^{ère} ligne, face au patient auquel il communique les dégâts de la maladie, le pronostic...l'avenir...
- Le médecin doit **acquérir les compétences** pour prendre en considération cette dimension: connaître son **devoir**, mais **aussi ses limites**.
- Le médecin doit intégrer cette dimension dans le travail interdisciplinaire et notamment dans sa collaboration avec les aumôniers.

QUELS MODÈLES POUR PRENDRE EN COMPTE LA DIMENSION SPIRITUELLE DES PATIENTS?

© SMonod

Service of Geriatric Medicine & Geriatric Rehabilitation, Lausanne - Switzerland

© SMonod

Modèle 1 (technique)

Bio

Psycho

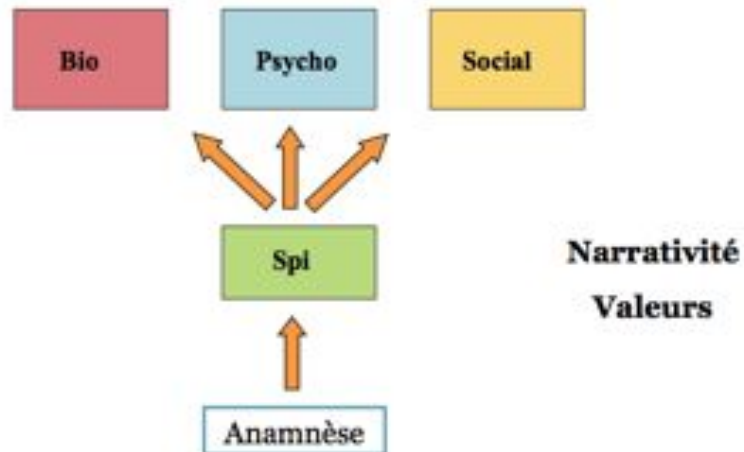
Socio

Spi

Anamnèses spécifiques associées

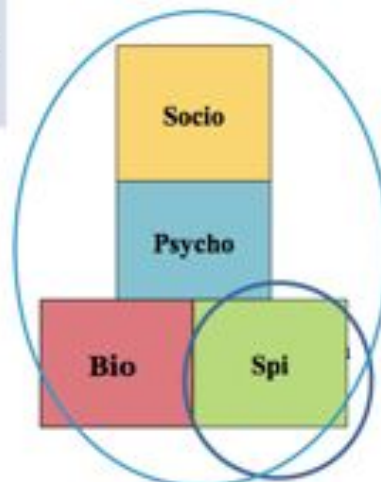
Service of Geriatric Medicine & Geriatric Rehabilitation, Lausanne - Switzerland

Modèle 2 (relationnel)



Modèle 3 (intégré)

Intégrer la dimension spirituelle avec les autres dimensions



Anamnèse spirituelle signifiante

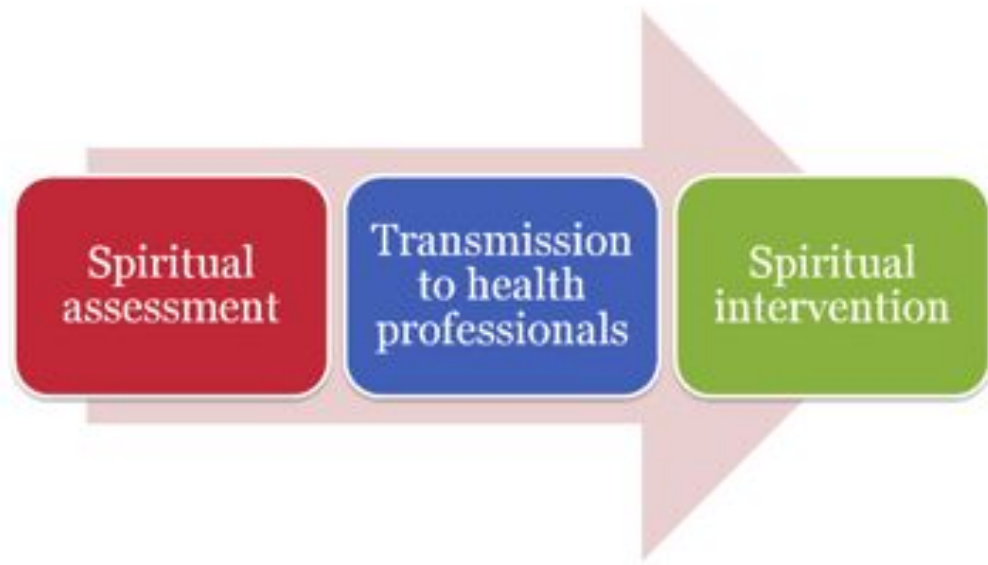
Interdisciplinarité



Interdisciplinarité



Concept d'intervention spirituelle



Rôles et responsabilités

- **Médecins:**
 - Accepter le modèle Bio-Psycho-Social *et* Spirituel
 - Accepter de confronter des points de vue avec d'autres professionnels (forme de débat éthique)
- **Accompagnants spirituels:**
 - Accepter la remise en cause d'une approche classique
 - Accepter leur responsabilité dans la mise en œuvre d'un modèle Bio-Psycho-Social *et* Spirituel
 - Développer des compétences pour l'évaluation des besoins spirituels des personnes malades et apprendre à les communiquer.

Facteurs induisant le choix de mort	Ressource de résilience à mobiliser	Stratégie soignante à développer
Désespoir	Espérance redirigée Capacité de ré-habiter le futur Capacité d'apprécier le moment présent	Introduire et aider dans des projets encore réalisables
Sentiment de perte de dignité	Sens de sa dignité inaliénable Estime de soi	Thérapie de la dignité (Chochinov) Regard dignifiant Aider à maintenir une apparence et un fonctionnement acceptable
Mal-être spirituel	Dimension spirituelle inhérente à toute personne Ressources symboliques d'une tradition religieuse	Favoriser l'expression de la spiritualité. Relier la personne à sa tradition religieuse.

Les composants du mal-être associé au choix de la mort

Mal-être existentiel	Désespoir Sentiment de perte de dignité Mal-être spirituel
Mal-être psychologique	Dépression, anxiété Troubles cognitifs
Mal-être social	Impression d'être un fardeau pour autrui Perte des liens sociaux Incapacité à remplir ses rôles habituels
Mal-être physique	Problèmes respiratoires Douleurs Fatigue, anorexie Apparence Insomnies



Comment prendre en compte la dimension spirituelle des patients?

Stéphanie Monod, MD

Service of Geriatric Medicine & Geriatric Rehabilitation
University of Lausanne, Switzerland



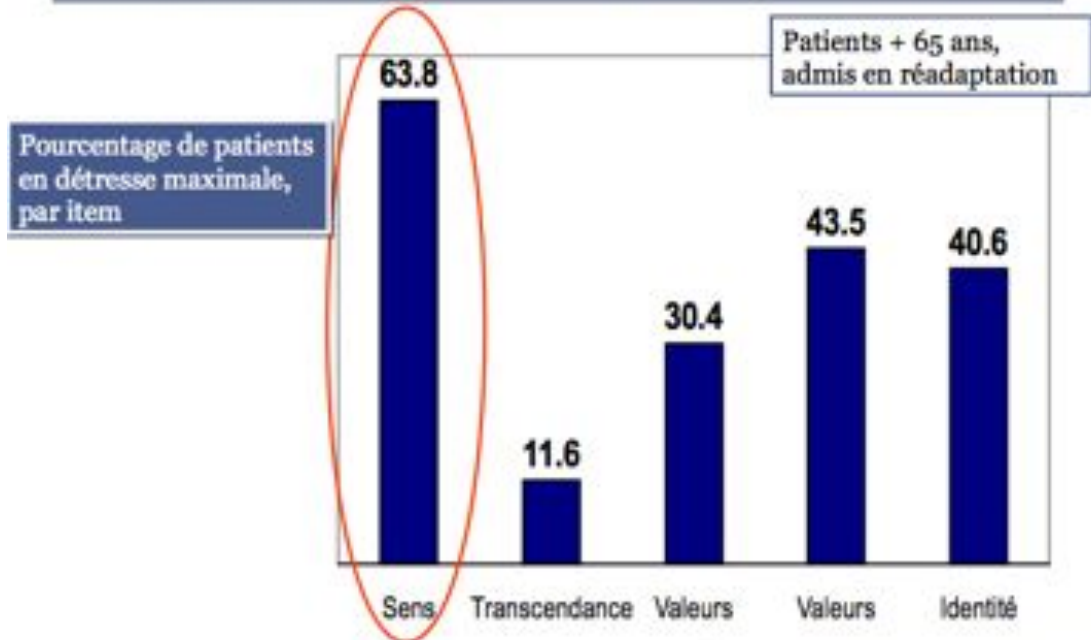
L'intérêt des patients

- Importance of faith and medical decision regarding cancer care
- 100 patients with advanced lung cancer and 257 oncologists.

	Rank	
	Patients	Oncologists
•Cancer doctor's recommendation	1	1
• Faith in God	2	7
•Ability of treatment to cure disease	3	2
•Side effects	4	3
•Family doctor's recommendation	5	5
•Spouse's recommendation	6	4
•Children's recommendation	7	6

© SMonod

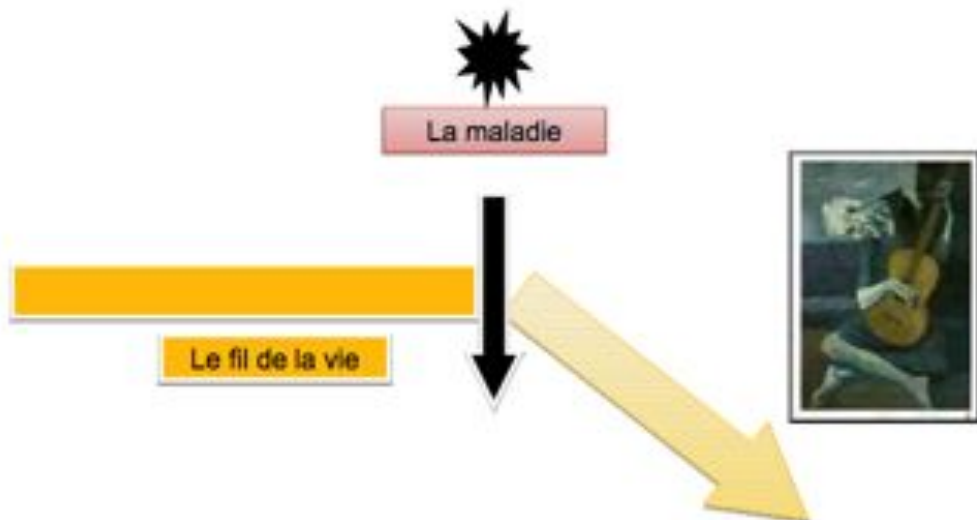
La perte de sens



Monod S, Gerontology, 2006

© SMonod

La vulnérabilité du patient



Guy Jobin

Conclusion 1

Pourquoi prendre en compte la dimension spirituelle des patients?

- Liens entre spiritualité et santé
 - Spiritualité / religiosité comme ressource
 - Détresse spirituelle / religieuse comme facteurs de risque d'outcomes de santé moins bons.
- La prise en compte de la globalité de la personne pour une meilleure qualité des soins
 - La spiritualité comme facteur qui peut influencer les choix médicaux et la qualité de la prise en charge.
 - L'intérêt / la demande des patients

Conclusion 2

Considérations éthiques

- Asymétrie de la relation avec le patient et responsabilité forte du soignant dans la gestion de la relation
 - Prudence! *Primum non nocere; prosélytisme*
 - Respecter et chercher à promouvoir l'autonomie du patient
 - Reconnaître que le patient a sa propre vision des choses, ses échelles de valeurs, ses croyances.
- La prise en compte de la globalité de la personne doit contribuer à une éthique du soin
 - *Que cela contribue ou non à une finalité biomédicale*

Conclusion 3

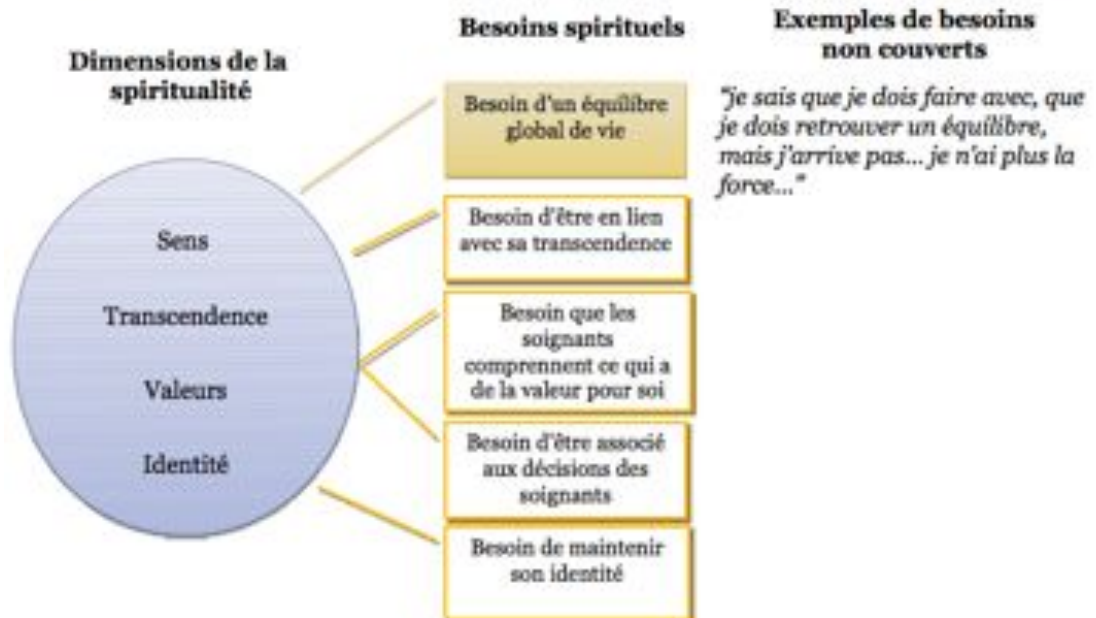
Les modèles

- **Modèle « relationnel »**
- La prise en compte d'aspects de valeurs et de croyances (narrativité)
 - Humanise les soins
 - Permet de définir un projet de soin le plus approprié possible
- **Modèle « intégré »**
- Apport de compétences propres (expertise)
 - Diminue le risque de « médicalisation »
 - Évite de mélanger les prérogatives de chaque intervenant concernant les soins spirituels.

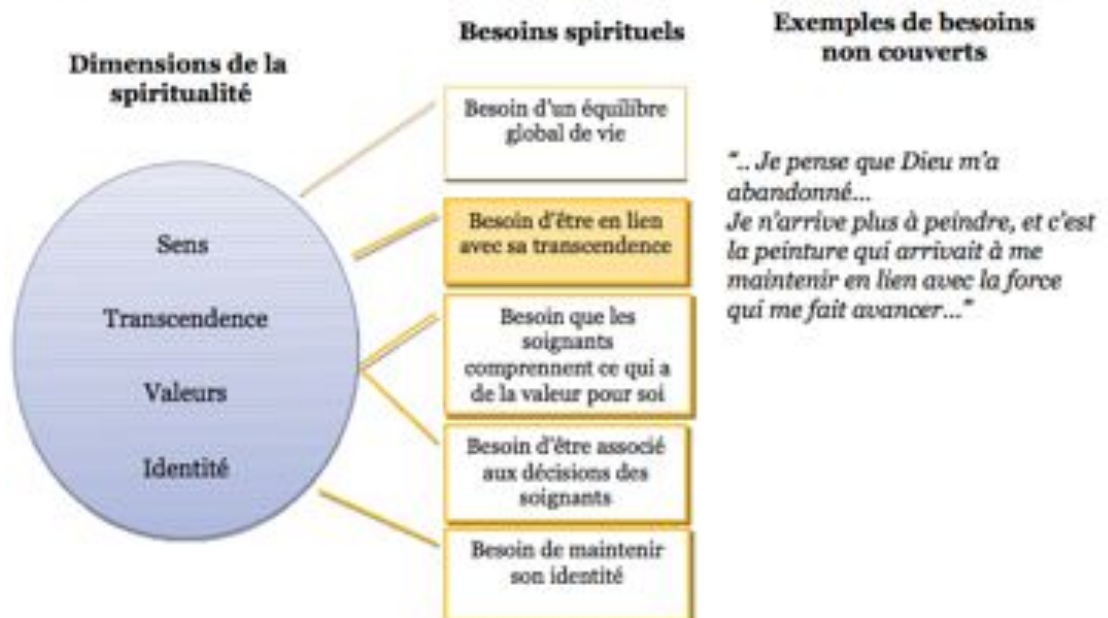
Conclusion

- La prise en compte de la dimension spirituelle contribue à une éthique du soin et aide le soignant à conceptualiser un projet thérapeutique qui ait le plus de sens possible pour le patient.
- L'investigation de la dimension spirituelle ne peut être isolée des autres dimensions bio, psycho et sociale.
- Toutefois, la prise en compte de la dimension spirituelle est complexe
 - Clarifier les intentions
 - Clarifier les rôles

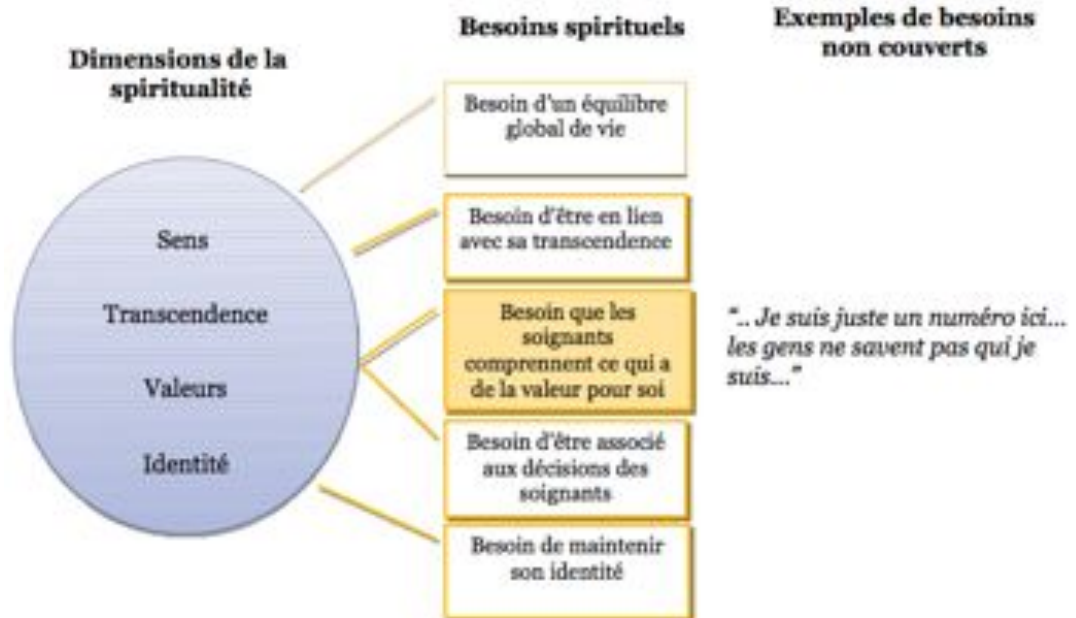
Evaluation de la détresse spirituelle



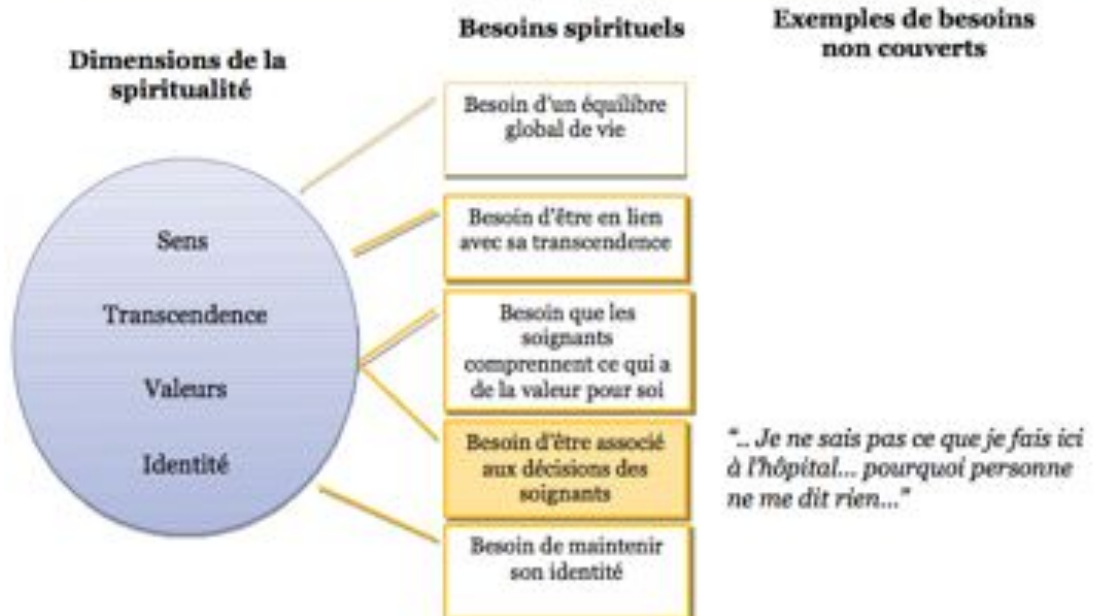
Evaluation de la détresse spirituelle



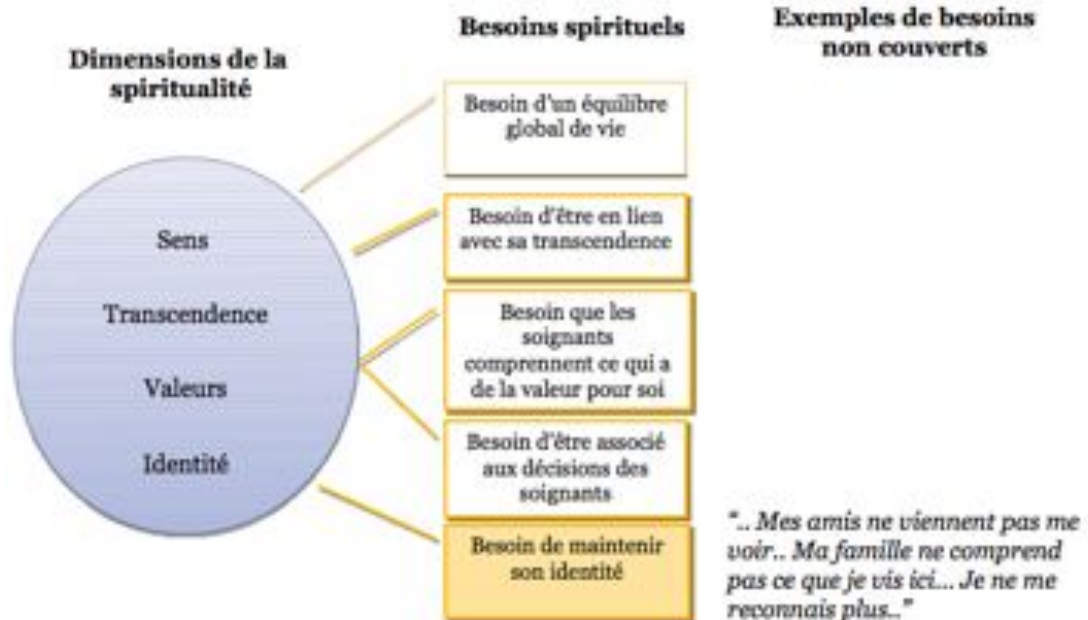
Evaluation de la détresse spirituelle



Evaluation de la détresse spirituelle



Evaluation de la détresse spirituelle



Prise en compte de la spiritualité *Les risques*

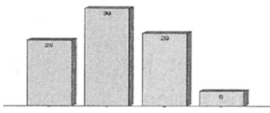
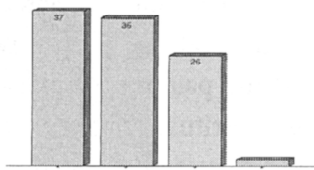
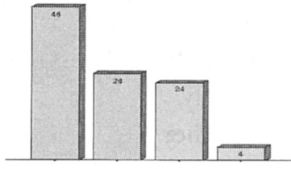
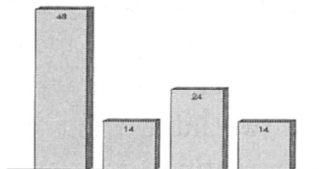
➤ Risque de « médicalisation » de la spiritualité

- « Standardisation » par rapport à des récits institutionnels
- Prendre en compte la dimension spirituelle pour contribuer à une harmonisation (vie réconciliée, pacification, aboutissement de la quête de sens);
- L' exemple de « **la bonne mort** »

	<i>Thérapie de groupe sur les questions spirituelles</i>	<i>Groupe Spiritualité (SG)</i>	<i>Groupe des questions de spiritualité (SMG)</i>	<i>Groupe psychopédagogique des questions spirituelles</i>
Auteur(s)	Kehoe NC	Wong-McDonald A	Revheim N, Greenberg WM	Philips RE, Lakin R, Pargament KI
Centre	Hôpital de jour	Hollywood Mental Health Center	Nathan Kline Institute, Clinical Research Evaluation Facility	Local community mental health center
Prise en charge	ambulatoire, malades chroniques et patients psychiatriques, 22 à 60 ans	en base communautaire programme de réadaptation psychosociale, patients psychiatriques ambulatoires, 2 jours par semaine	24 lits en unité d'hospitalisation à l'hôpital d'État pour les personnes ayant des déficiences psychiques persistantes	ambulatoire, personnes ayant une maladie mentale grave (SMI), référées par des travailleurs en santé mentale
Format du groupe	45 minutes par semaine, en cours fermé, généralement de 10 à 12 clients, présents pendant 2 à 3 ans	1 heure par semaine, 20 participants, ouvert et clos, en se concentrant sur des sujets d'intérêt	inscription continue, typiquement de 12 à 40 séances, concept multi-disciplinaire	Sept semaines, 1,5 heures / semaine, un programme psycho-éducatif, 10 participants
Proposition / Sujet	Promouvoir la tolérance, la conscience de soi, thérapie non-pathogène d'exploration des systèmes de valeur	Améliorer la guérison, soutenir les objectifs du traitement, aider les participants à acquérir une perspective spirituelle	Promouvoir le soutien spirituel et social, améliorer les ressources d'adaptation, adaptation centrée sur l'émotion	Fournir des informations nouvelles sur la spiritualité et permettre aux participants de partager leurs expériences
Éléments clés spirituels, interventions	Explorer les façons dont croyances et pratiques peuvent aider ou entraver la confrontation à la maladie mentale. Prendre en considération les questions, problèmes, et sentiments au sujet de la croyance religieuse. Règles strictes du groupe: la tolérance et le respect	Discuter des concepts spirituels, encourager le pardon, se référer aux écrits spirituels, écouter de la musique spirituelle, encourager un soutien spirituel et affectif parmi les membres du groupe et au sein de leurs communautés de foi	Approche structurée en traitement en groupe de la spiritualité, promouvoir l'utilisation des croyances spirituelles pour faire face, changement de perspective de la victimisation à la résilience, lecture de psaumes et de prières, histoires spirituelles, réciter des prières	Présentation d'un ensemble de thèmes spirituels: les ressources spirituelles, les aspirations spirituelles, les luttes spirituelles, le pardon des autres, et des stratégies pour promouvoir l'espérance spirituelle
Evaluation	Feedback du groupe et des animateurs	Degré de réalisation des objectifs	Evaluation en cours de deuxième année	Ecoute du feedback du groupe
Résultat	Transcription des réunions du groupe : mise en exemple des interactions du groupe	100% des objectifs atteints dans le groupe SG, vs 57% dans le non SG	Plutôt qualitatif, par exemple de nouvelles perspectives : les médicaments sont un don de Dieu	Appréciation du groupe, l'occasion unique de discuter de questions spirituelles
Déclarations personnelles des membres du groupe	«Les interactions dans le groupe montrent que les individus sont plus que leur maladie mentale »	« En me souvenant que Jésus a souffert plus que moi cela m'empêche de m'apitoyer sur moi-même »	À l'issue d'une discussion de groupe: « Oh Seigneur, votre médicament m'a apporté un sentiment de paix »	«J'ai aimé entendre d'autres croyances spirituelles et leurs intérêts »
Conclusion	Un groupe se concentrant sur les questions religieuses peut fournir une occasion d'explorer des sujets généralement ignorés par la pratique de la santé mentale	La spiritualité comme une composante thérapeutique peut améliorer la récupération des personnes atteintes de maladie mentale grave	Examiner les plans d'activités et prendre note des thèmes identifiés qui sont compatibles avec un modèle « d'adaptation centrée sur l'émotion »	L'intervention semble atteindre ses objectifs initiaux et fournir un environnement sûr pour discuter des préoccupations spirituelles

Tableau 17.2 : Vue d'ensemble des activités spirituelles / offres additionnelles pour les patients en plus de leur programme de traitement standard

Illustration en barres de l'appréciation des patients sur l'activité (de gauche à droite: «cela m'a beaucoup aidé», «m'a un peu aidé», «pas certain que cela m'a aidé», «ne m'a pas aidé.»)

<u>Activité/offre</u>	<u>Description - But</u>	<u>Durée/fréquence</u>	<u>Evaluation</u>
Réunion de groupe psycho-éducatif	Intégrer les questions thérapeutiques et spirituelles, accent sur l'adaptation de la vie et de la maladie mentale	1 heure, 4x/semaine	
Groupe de chant et de musique spirituelle	Chanter des chansons spirituelles, écouter de la musique spirituelle, réciter des prières	1 heure, 1x/semaine	Pas d'évaluation
Groupe de discussion sur des questions spirituelles	Discuter de questions spirituelles à venir, incluant les rituels religieux, dans un cadre collectif ouvert, dirigé par un conseiller pastoral	1 heure, 1x/semaine	Nouvelle activité/offre
Art thérapie spirituel	Expression de thèmes spirituels en art-thérapie, par exemple, la création, image de soi et image de Dieu, les psaumes	1-2 heures par semaine	
Conseil spirituel et psychothérapie	Intégrer les éléments spirituels dans le conseil et la psychothérapie, par exemple, me pardonner / autres, prières individuelles	Individuel	
Aide pastorale	Le conseil pastoral individuel, la prestation des rituels et des sacrements, l'onction des malades, la Cène du Seigneur	Individuel	
Bibliothèque	Contenant un large éventail de livres religieux et spirituels	1-2 x/semaine	Pas d'évaluation

Protocole clinique

Discernement pluridisciplinaire

Pour quel patient faire une évaluation spirituelle ?

La psychopathologie n'est pas le critère décisif pour envisager ou exclure une évaluation de la dimension spirituelle d'un patient.

Par contre, il faut impérativement tenir compte de l'évolution de la maladie mentale d'un patient pour apprécier, au sein de l'équipe soignante pluridisciplinaire, quel est le moment opportun pour proposer une telle démarche.

Généralement, l'évaluation de la dimension spirituelle est menée par l'accompagnant spirituel. Toutefois, suivant le stade de la maladie, l'équipe pluridisciplinaire peut souhaiter que l'accompagnant spirituel rencontre le patient en présence d'un soignant.

Toute évaluation de la dimension spirituelle respecte les principes éthiques fondamentaux : bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice.

→ A QUEL MOMENT DE L'HOSPITALISATION FAIRE UNE EVALUATION SPIRITUELLE ?

En général, durant la 1^{ère} semaine d'hospitalisation, les soignants veillent à garder le patient préservé de toute interaction avec les thérapeutes, c'est un temps d'observation purement médical.

Si l'état de santé psychique est défavorable (états délirants, hallucinés et en cas de décompensation non « stabilisée ») les soignants indiquent de ne pas visiter le patient.

→ DES SIGNES OBSERVES EN CLINIQUE QUI PARLENT DE SPIRITUALITE

A partir du moment où un patient est dans un état permettant une rencontre avec l'accompagnant spirituel, les éléments suivants orientent l'avis des soignants :

- le patient s'est déclaré « croyant » ou « ayant une spiritualité »,
- dans sa chambre, le patient a des « objets » religieux/spirituels (bible, croix, chapelet, etc),
- le patient a été vu en train de prier,
- dans ses entretiens avec les soignants il a mentionné sa spiritualité,
- d'autres patients ont rapporté aux soignants que ce patient est religieux.

→ POURQUOI FAIRE UNE EVALUATION SPIRITUELLE D'UN PATIENT ?

Parce que les soignants détectent chez ce patient une perte de STIV (Sens, Transcendance, Identité, Valeur) qui affecte la globalité de son être et donc, potentiellement, sa spiritualité peut produire un effet fonctionnel ou dysfonctionnel.

→ INFORMATION PLURIDISCIPLINAIRE QUI PRECEDE L'EVALUATION SPIRITUELLE

- Compréhension clinique, à partir de l'observation soignante pluridisciplinaire, de l'état de santé péjoré du patient par sa psychopathologie ;
- Tenter d'évaluer comment la maladie peut également affecter la spiritualité ;
- Permettre ainsi de préciser ce qui peut être attendu de l'évaluation de la dimension spirituelle ; pour le patient et son projet thérapeutique, pour l'équipe soignante.

Evaluation et protocole clinique **Spiritualité fonctionnelle et dysfonctionnelle**

	<u>Fonctionnelle</u>	<u>Dysfonctionnelle</u>
Sens	Donne du sens à la vie Donne du sens à la souffrance Valorisation Meilleure estime de soi Bien-être	Perte du sens Le mal est un non-sens absolu Augmente la culpabilité Dévalorisation – être indigne Mal-être → Détresse existentielle
Production	Sécurise les besoins existentiels Aide à garder l'espoir Dépassement de soi → autonomie Favorise la conscience de soi Courage Motivation Confiance Joie de vivre Humour Liberté	Vulnérabilise Désespoir Dépendance Incapacité d'autonomie (embrigadement) Favorise la crainte Soumission Sous le poids du jugement Tristesse Laisse pas de place au plaisir Enfermement dans une fausse vérité
Social	Intègre à la vie de la communauté Socialisation Favorise les liens familiaux Meilleure adaptation psychosociale	Rejet de la communauté Discrimination Isolement Repli (sur soi / sectaire)
T.	Révèle la dimension sacrée de la vie Transcendance comme projet de vie	Vie subie comme une épreuve, punition Transcendance comme fuite (mort)
Spiritualité	Protection du Divin (y.c./délires+hallucinations) Réconfort du Divin Cadre moral (/suicide, idées s., récives) Détente par la prière Apporte un sens symbolique (y.c. /hallucinat.) Libération	Abandon, être oublié par le Divin Perte de la foi Exigences morales impossibles à tenir Prière conditionnée Fausses représentations (démoniaques) Echec de la guérison spirituelle
Symptômes	Diminution des symptômes Moins de symptômes dépressifs Diminution de l'anxiété, de la peur Alternative à la consommation Diminution des idées suicidaires Stratégie face aux hallucinations Favorise l'adhérence au traitement Donne des règles de comportements Contrôle des émotions (- agressif) Elabore des mécanismes de défense	Augmentation des symptômes Plus de symptômes dépressifs Anxiété face au Divin Consommation pour pallier au manque spi. Incitation au suicide pour rejoindre le Divin Délires et hallucinations à contenu religieux Traitement en opposition avec la volonté divine. Rend agressif, intolérant
Thérapie	Ressource Lever thérapeutique Facteur d'intégration de la maladie A prendre en compte → guérison Peut diminuer la durée d'hospitalisation	Obstacle supplémentaire à dépasser La maladie est voulue par le Divin A soigner en elle-même
Acc. spirituel	<i>Evaluer les aspects positifs</i> <i>Nommer les enjeux → objectifs thérapeut.</i> <i>Prise en charge pluridisciplinaire</i> <i>Accompagnement spirituel</i> <i>Bilan</i>	<i>Prendre acte des effets négatifs</i> <i>Identifier ce qui perturbe la thérapie</i> <i>Prise en charge spécifique</i> <i>Soutien spirituel pour « apaiser » l'affection spirituelle</i> <i>Evaluation de l'acc. spi. à chaque intervention</i>

Tableau : La sphère spirituelle

Définition de la spiritualité

La spiritualité de l'humain le relie à son « être ». Elle est dès l'origine de son existence, qu'elle oriente vers son but. La dimension spirituelle anime l'être dans sa globalité ; elle lui donne d'atteindre sa plénitude. Elle fonde l'identité dans une donation de sens et de valeurs cohérentes. L'esprit humain déborde l'être biopsychosocial dans une quête transcendante. De cette part immanente et mystérieuse de la personne jaillit la liberté source de l'harmonie. La spiritualité est itinéraire vers le bonheur d'une vie en paix et réconciliée. Elle procure des ressources pour faire face à la condition humaine.

A la différence de la religion, la spiritualité ne se définit pas sous l'autorité d'une institution religieuse, mais se décrit à partir de l'expérience de chaque personne.

Le psychisme étant l'ensemble des processus psychiques, il est éminemment interne à l'être. La spiritualité dépasse l'être ; elle le précède, l'englobe et l'appelle « ailleurs ».

La spiritualité :

- est de l'ordre de l'esprit
- est le souffle de vie
- « comme le vent », ne peut pas être contenue
- est un dynamisme
- est une quête qui « ne laisse pas tranquille »
- est ce qui transcende l'être
- donne de la valeur à la vie
- rend la vie précieuse (sacrée)
- donne du sens à l'existence, sa raison d'être
- fonde l'identité singulière de la personne
- est la part la plus intime de l'être (âme)
- permet un décentrement de soi, elle ouvre à un autre regard sur soi
- s'alimente dans la relation
- fait de l'esprit, égaye, contribue à la joie
- son but est l'unification de l'être, la pacification, le bien-être, le bonheur, la béatitude
- s'exprime communément par les mots : paix, confiance, réconciliation, motivation, unité, relation, sens, valeur, identité, raison d'être, harmonie, cohérence, ouverture, compréhension, intimité, mystique, joie, plaisir, humour, légèreté, tranquillité, ressource, foi, prière, méditation, contemplation, bonne humeur, authenticité, ajustement, liberté, évocation, optimisme, ...

La spiritualité fonde l'identité et donne sens à l'existence. Elle permet d'élaborer des réponses aux questions :

- « qui suis-je ? »
- « pourquoi suis-je en vie ? »
- « pour quoi je vis ? »

... en faisant appel à des ressources en et au-delà de soi-même.

Fiche de prise de notes pour l'évaluation de la dimension spirituelle

Références patient-e :	Unité :	Date :
_____	_____	_____

1. Les sources d'espoir dans la maladie

- Transcendance : _____
- Religion - spiritualité : _____
- Paix, amour, force : _____
- Philosophie humaine : _____

Désespoir

2. Religion

- Appartenance : _____
- Pratique perso : _____
- Initiation : _____
- Souvenirs : _____
- R./maladie : _____

Spiritualité

- Transcendance : _____
- Sens&Valeurs : _____
- Ressources : _____
- Esotérisme : _____
- S./maladie : _____

Représentations

3 a. Sens

vie – souffrance – valorise – bien-être – projets – garder
-espoir – guide – ressources – autonomie – appui

→ Perte de sens

non-vie – punition - plus d'espoir –
dépendance – vulnérable

3 b. Transcendance

soutien – réconfort – renforce – présence – apaise –
être aimé – bienveillance – cadre moral

→ Transcendance négative

abandonné/builié – inquiétude – fuite –
diabolique/divise – peur – échec spirituel –
jugement

3 c. Valeurs

confiance – motivation – tolérance – respect – famille –
amis – communauté – thérapie/traitement –
reconnaissance

→ Péril des valeurs

trahison – intolérance – non-respect –
manipulation – refus thérapeutique – rupture
relation – rejet – soumission – isole

3 d. Identité

estime de soi – dignité – libération – maladie/guérison –
ouverture – émotions – joie – relations – harmonie

→ Détresse existentielle

malade/indigne – dévalorisation – tristesse –
culpabilisation – abandon – désir de mort

4. La spiritualité ressource face à la maladie

5. Synthèse

6. Retour aux soignants

Contrat Accompagnant / Patient

7. Accompagnement spirituel

MEMO POUR L'EVALUATION DE LA DIMENSION SPIRITUELLE

Dans votre situation (évoquer la maladie – chronique / temporaire) qu'est-ce qui est pour vous source d'espoir ; sens, réconfort, force, paix, amour, relations ?

Globalement, si vous portez un regard sur votre vie, diriez-vous que la spiritualité ou la religion sont une part importante de votre existence ?

Nous allons tenter d'évaluer comment, généralement, votre spiritualité participe à votre existence.

La spiritualité donne-t-elle un SENS particulier à votre vie ?

Est-ce que votre spiritualité vous met en relation avec une TRANSCENDANCE ?

La spiritualité renforce-t-elle votre échelle des VALEURS essentielles de votre vie ?

Finalement, pouvez-vous dire que cette évaluation de votre spiritualité révèle une part de votre IDENTITE ?

En prenant appui sur votre spiritualité, quelles ressources supplémentaires cela vous donne pour faire face à votre maladie ?

Fiche de prise de notes pour l'évaluation de la dimension spirituelle

Références patient-e <u>Mme T.E. (10.5.1939 - 85ans)</u>	Unité : <u>Aide So</u>	Date : <u>21.05.2010</u>
---	---------------------------	-----------------------------

1. Les sources d'espoir dans la maladie

- Transcendance
- Religion - spiritualité : Religion sans dogme
- Paix, amour, force
- Philosophie humaine : _____

Désespoir /



2. Religion

- Appartenance : Protestante
- Pratique perso : Je ne pratique plus
- Initiation : Confirmation
- Souvenirs : _____
- R. malade : _____

Spiritualité

- Transcendance : Dieu/Amour
- Sens & Valeurs : _____
- Ressources : _____
- Esotérisme : Paradoxe?
- S. malade : "Suis-je responsable?"

Représentations : Dieu - Dieu invisible - Dieu qui parle dans la tête et y force (Ap 22) Colombe

3 a. Sens

vie - souffrance - volonté - bien-être - espoir - garder espoir - guide - ressources - autonomie - appui

→ Perte de sens

non-vie - punition - plus d'espoir - dépendance - vulnérabilité
? Dieu - justification de la souffrance?
Ex. - Suicide

3 b. Transcendance

spontané & révélateur - renforce - présence - apaise - être aimé - révélation & cadre moral

→ Transcendance négative

abandonné/oublié - inquiétude - fuite - diabolique/divise - peur - échec spirituel - jugement

3 c. Valeurs

confiance - motivation - tolérance - respect - famille - amis - communauté - thérapie/diagnostic - reconnaissance

→ Périil des valeurs

haine - intolérance - non-respect - manipulation - refus thérapeutique - rupture relation - rejet - soumission - isolement

3 d. Identité

esprit de paix - dignité - libération - maladie - ouverture - Amour - paix - libération

→ Détresse existentielle

maladie - responsabilité - détresse - culpabilité - abandon - désir de mort

4. La spiritualité ressource face à la maladie

- Réaliser d'être soi-même libéré de la souffrance!
- Beaucoup d'accepter son existence! (Choum)

5. Synthèse

6. Retour aux soins

Central Accompagnant / Patient

7. Accompagnement spirituel

Fiche de prise de notes pour l'évaluation de la dimension spirituelle

Références patient e :	Unité :	Date :
Mme T. / 2	Aide Geri	28.05.2010

1. Les sources d'espoir dans la maladie

- Transcendance :
- Religion - spiritualité :
- Paix, amour, force :
- Philosophie humaine :

→ Désespoir
→ COLÈRE → Grief / ouïe

2. Religion

- Appartenance :
- Pratique perso :
- Incultion :
- Souvenirs :
- R. maladie :

Spiritualité

- Transcendance : GOTT!
- Sens & Valeurs : *Je ne suis pas un objet*
- Ressources : *spirituelle* → *spirituelle de vie*
- Espérance
- S. maladie : *Deux centres d'attente : présent / futur*

Représentations : *Je suis à la vie après la mort / plusieurs vies*
Importance de la demande / Est-ce que j'ai pu / j'aurais pu ?
Représentations (ambivalence) → travail / projet

3 a. Sens

live en santé
 vie - souffrance - valence - non-être - projets - garder
 espoir - guide - conscience - raison - appui
Sens - chose - objet

→ Perte de sens : *Je suis un objet*
 non-être - raison "plus d'esprit" =
 dépendance - raison
 DITE → *Je suis un objet* → TRIPES
Il y a une perte de sens / l'attente /
l'attente des choses

3 b. Transcendance of spiritualité

souffrance - réconfort - référence - présence - espace -
 être - raison - raison - raison
 PÉTITIONNERE - GOTT!
"Je suis un objet" - raison

→ Transcendance négative
raison / raison = raison =
raison - raison - raison -
raison
raison / raison - raison

3 c. Valeurs

confiance - raison - raison - respect - raison -
 être - raison - raison - raison
raison : *Je suis un objet / le monde*
Je suis un objet / le monde

→ Périel des valeurs
raison - raison - raison -
raison - raison - raison - raison / raison
raison - raison - raison - raison
raison → raison - raison - raison
raison / raison

3 d. Identité

raison COLÈRE
 être de soi - raison - raison - raison -
raison - raison - raison - raison
raison : *Je suis un objet / le monde*
Je suis un objet / le monde

→ Détresse existentielle
raison - raison - raison -
raison - raison - raison - raison
raison : *Je suis un objet / le monde*
Je suis un objet / le monde

4. La spiritualité ressource face à la maladie

Soif → raison → raison
 Δ raison
 Bible

5. Synthèse

6. Retour aux soignants
 Contrat Accompagnant / Patient

7. Accompagnement spirituel

Echange de perspectives avec Christelle 10/10 le 10/10 de la vie / l'attente / l'attente / l'attente

30 Tardif : la maladie a été perçue comme un obstacle à l'attente et l'attente

Fiche de prise de notes pour l'évaluation de la dimension spirituelle

Références patient(s) : <u>Madame V.</u>	Unité : <u>Alu Ger</u>	Date : <u>29.07.2010</u>
---	---------------------------	-----------------------------

1. Les sources d'espoir dans la maladie

- Transcendance : _____
- Religion - spiritualité : _____
- Paix, amour, force : _____
- Philosophie humaine : _____



Désespoir
→ attitude suicidaire



2. Religion

- Appartenance : *Protestant non pratiquant*
- Pratique perso : _____
- Initiation : _____
- Souverain : *Rigueur non pratiquant*
- R./maladie : _____

Spiritualité

- Transcendance : _____
- Sens & Valeurs : *Vie bon individu & M*
- Ressources : _____
- Esotérisme : _____
- S./maladie : *2 Je suis ? / M*

Représentations

*Supernaturel + Je ne suis pas... + naturelle
Après la mort = ce qui est au bout des bras*

3.a. Sens

vie - souffrance - valence - bien-être - projets - garder espoir - guide - ressourcement - autonomie - amour - M
La peur d'être délaissé

→ Perte de sens

zoo-vie - punition - plus d'espoir - "inutile" dépendance - vulnérabilité

3.b. Transcendance

soutien - réconfort - renforce - présence - apaisé - être aimé - bienveillance - cadre moral

→ Transcendance négative

abandonné/bûble - inquiétude - fuite - diabolique/divise - peur - échec spirituel - jugement → ? Y a-t-il un peu de salut ? (M)

3.c. Valeurs

confiance - réconfort - tolérance - respect à famille - amis - communauté - reconnaissance - thérapie/traitement - respect
Le respect de la personne

→ Périil des valeurs

traison - intolérance - non-respect - manipulation - refus thérapeutique - rupture relation - rejet - soumission - isolement

3.d. Identité

estime de soi - dignité - liberté - maladie/puissance - identité - émotions - joie & relations - harmonie
→ Perte de soi - non reconnaissance, perte de soi

→ Détresse existentielle

maladie/injustice - dévalorisation - tristesse - supériorité - abandon - désir de mort
→ Perte de sens - perte de soi - perte de soi

4. La spiritualité ressource face à la maladie

*Comprendre de ses enfants, sur soi-même
Ce faire en soi-même, sans support
Gérer comme une hypotension de cœur, de (santé?)*

5. Synthèse

6. Retour aux soignants
Centrat Accompagnant / Patient

7. Accompagnement spirituel

Travail + Sanglots est fatigue. Espoir un peu d'adhésion

Vignette

Retour à l'équipe soignante de l'entretien spontané avec Mme V.

Circonstances de l'entretien

Mme V. est venue participer à la cérémonie à l'aula, avec trois autres patientes des Adm. Ger., elles étaient accompagnées d'une bénévole.

Durant la cérémonie au moment d'une prière en mémoire d'un défunt proche d'une autre patiente, Mme V. dit à cette autre patiente : « il a de la chance votre papa, là où il est maintenant il est bien ». A partir de ce moment, Mme V. sanglote jusqu'à la fin de la cérémonie. Au terme de celle-ci, au moment de me dire au revoir et tout en me tendant la main pour cela, elle me dit : « j'ai voulu me suicider, vous savez c'est grave, mais qu'est-ce que j'ai fait à mes enfants ». Malgré le fait que je n'avais plus vraiment de temps à disposition, j'ai fait le choix de raccompagner Mme V. à sa chambre pour lui permettre d'avoir un temps de parole. Elle m'a parlé tout le long du chemin jusqu'à sa chambre et puis nous avons encore été une vingtaine de minutes ensemble.

Ma fiche de prise de note donne quelques informations que je synthétise ci-après.

Éléments de la spiritualité de Mme V. objectivés par l'évaluation :

- de tradition protestante
- d'une région ayant subie la Réforme → non pratiquante (par opposition ! ?)
- rationnelle, travaille sa pensée selon ce qui est rationnel
- se dit sceptique quant à la foi –répète plusieurs fois « je ne sais pas »
- mais que dit-elle quand elle exprime : « après la mort là où l'on est, on y est bien » ?

- → Sens : retrouver des petites joies de vivre
- → Transcendance : interdit de mettre fin à ses jours
(fonctionnel : vie = don, dysf. = jugement)
- → Valeurs :
 - famille : ses enfants (culpabilité de leur avoir fait du mal par son acte)
 - pris soin de son mari
 - confiance aux soignants, reconnaissance pour l'attention qu'ils ont pour elle
- → Identité : femme avec une haute estime d'elle-même, une certaine fierté

Éléments de compréhension de la personnalité de Mme V.

Mme V. traverse une profonde remise en question existentielle, elle est en état de détresse existentielle, elle n'arrive pas à élaborer un avenir possible, n'exprime que très peu de choses de son histoire, son présent semble anéanti par sa tentative de suicide ; expression de son épuisement. Elle répète plusieurs fois : « pourquoi j'ai fait ça ? » en ne nommant pas ce que ce geste voulait signifier. Elle semble en sérieuse inquiétude face à son avenir et à la perte de maîtrise sur la suite de son existence. Il est curieux qu'une femme ayant soigné son mari durant une longue période n'ait pas, par cette expérience, élaboré une réflexion autour de la question de sa propre finitude. En tout cas, elle n'en dit rien, elle ne fait pas référence au cheminement existentiel vécu aux côtés de son mari.

Ressources face à la maladie

- La compréhension de ses enfants, le soutien de sa fille
- Confiance en son médecin et aux soignants
- Se demande si croire serait une ressource supplémentaire (pour son mieux être / pour son salut ?)

Suite à l'entretien

Nous avons convenu de nous revoir pour aller explorer plus avant la question de la croyance.

Intéressant d'approfondir certains éléments de l'ordre de sa dimension spirituelle : mort – au-delà – don de la vie – perte de ses capacités – transcendance soutenante ou jugeante – l'interdit de croire par tradition familiale – etc...

Fiche de prise de notes pour l'évaluation de la dimension spirituelle

Références patient-e :	Unité :	Date :
M. V. V. (1 ^{er} octobre)	Adm 2	28.5.2010

1. Les sources d'espoir dans la maladie

- Transcendance
- Religion - spiritualité
- Paix amour force
- Philosophie humaine



Désespoir
Hésitation / Perte de la route
des possibilités

2. Religion

- Appartenance
- Pratique pensée
- Initiation
- Souffrance
- R. maladie

Spiritualité

- Transcendance
- Sens & Valeurs
- Ressources
- Esotérisme
- S. maladie

Représentations *Prise de conscience que c'est un acte (malin) (est noté avec tout un tas de détails)*

3 a. Sens

vie - souffrance - valorise - bien-être - projets - garder - espoir - guide - ressources - autonomie - appui

→ Perte de sens
vie - punition - plus d'espoir - dépendance - vulnérable
→ je suis dans une dépendance vis à vis
→ l'idée de la punition qui rendrait cet état insupportable.

3 b. Transcendance

soulier - réconfort - renforce - présence - apaise - être aimé - bienveillance - cadre moral

→ Transcendance négative
abandonné/oublié - inquiétude - fuite - diabolique/civile - peur - échec spirituel - jugement

3 c. Valeurs

confiance - motivation - sérénité - respect - l'amour - amour - communauté - thérapie/traitement - reconnaissance → *travail plus valorisant que l'argent*
Prise de conscience que l'argent n'est pas tout et que l'amour est tout.

→ Perte des valeurs
traison - intolérance - non-respect - manipulation - refus thérapeutique - manque de respect - espoir - soumission - isolement
→ *travail de l'argent qui se passe plus*

3 d. Identité

estime de soi - dignité - libération - maladie/guérison - ouverture - émotions - joie - relations - harmonie
"Je suis tout positif, tout le temps"
"C'est plus l'absence de qualité que (maladie/guérison)"

→ Détresse existentielle
maladie/indigne - dévalorisation - tristesse - culpabilisation - abandon - peur de mourir
Peur que il est mauvais que on perd les
Il est un peu de malice, j'espère que d'être plus
me rendra à l'insouciance de jeunesse

4. La spiritualité ressource face à la maladie

Enlever : *don de soi / de soi ?*
don de soi vers le malade ?

5. Synthèse

6. Retour aux soignants

Contrat Accompagnant / Patient

7. Accompagnement spirituel

for d'accompagnement spirituel

Avant-projet d'Atelier d'art-thérapie spirituel

Intention

Donner la possibilité aux patients de vivre un temps collectif et individualisé d'expression de leur spiritualité sous la forme d'un atelier d'art-thérapie spirituel.

Cet espace est proposé à un rythme régulier (toutes les deux semaines), en alternance avec un autre proposition de « respiration spirituelle ».

L'atelier a lieu dans un local spécifique et identifié à une heure qui d'elle-même signifie la singularité de ce temps.

Cette proposition est largement ouverte aux patients des SPJBB sur le site hospitalier de Bellelay. Elle peut accueillir de six à dix patients dont le « cadre de soins » permet leur participation. La durée est de 90 minutes, mais chacun participe librement.

Pédagogie

Les animateurs de l'atelier suggèrent un thème spécifique en lien avec la spiritualité, mais chaque patient peut faire une proposition alternative pour le groupe ou pour lui-même.

L'objectif est de permettre à chaque personne d'accéder à l'intimité de sa spiritualité personnelle et de lui donner de s'exprimer pour se ressourcer et vivifier les forces nécessaires pour faire face à la maladie psychique.

Si nécessaire, les animateurs de l'ateliers obtiennent des informations soignantes relatives aux patients participants. De même, en accord avec les patients, un retour est donné aux soignants sur ce que l'atelier leur a permis d'élaborer.

Les moyens d'expressions privilégiés sont :

- les arts plastiques
 - la gestuelle et le jeu scénique
 - la danse
 - l'écriture
 - l'atelier fait recours à l'exploration de tous les sens.
- Les œuvres réalisées restent entreposées au local de l'atelier et demeurent propriété des patients.

Spécificité de l'art-thérapie spirituel

Cet atelier s'inscrit dans la prise en charge cohérente de l'accompagnement spirituel offert par le Service d'Aumônerie Œcuménique des SPJBB. Il correspond à ce qui est défini dans le Concept d'Aumônerie. Ainsi il veut permettre à chaque patient de pouvoir approfondir sa propre spiritualité dans un encadrement artistiquement professionnel en faisant appel à d'autres formes d'expressions que la parole.

Inspiration et références

L'atelier d'art-thérapie spirituel s'élabore à partir de références issues de la littérature et d'une recherche de terrain en dialogue avec d'autres expériences similaires menées en psychiatrie (Langenthal, St-Urbain, Bâle, Zürich).

Bibliographie – Dans l'ordre d'apparition des ouvrages

- 2 Paul RICOEUR, « Soi-même comme un autre », L'Ordre Philosophique, Paris, Éditions du Seuil, 1990.
- 2 Gérard DORSAZ, « Psycho spiritualité l'alliance qui guérit » Presses de la Renaissance, Paris, 2008.
- 3 Jean-Claude LARCHET, « Le chrétien devant la maladie, la souffrance et la mort », Les Editions du Cerf, Théologies, Paris, 2002.
- 3 Coll. sous la Direction de Philippe HUGUELET, Harold G. KOENIG, « Religion and Spirituality in Psychiatry », Cambridge University Press, 2009.
- 6 Coll. sous la Direction de H. VAN et G. ABRAHAM, « Psychiatrie psychobiologique », Editions Médecine et Hygiène, Genève, 1995.
- 7 René HEFTI, « Intégrer la question spirituelle dans la thérapie », *Titre original : « Integrating Spiritual Issues into Therapy »*, in Coll. sous la Direction de Philippe HUGUELET, Harold G. KOENIG, « Religion and Spirituality in Psychiatry », Cambridge University Press, 2009.
- 12 Samuel PFEIFFER, L'âme malade et autres considérations,
et
- 12 Sylvia MOHR, « Les rôles de la religion et de la spiritualité pour faire face à la schizophrénie et se rétablir »,
in :
Coll. sous la Direction de Pierre-Yves BRANDT et Claude-Alexandre FOURNIER, Fonctions psychologiques du religieux, Cent ans après Varieties de William James, Labor et Fides, Genève, 2007.
- 12 S. MOHR, L. BORRAS, C. GILLIERON, P.-Y. BRANDT, P. HUGUELET,
« Spiritualité, pratiques religieuses et schizophrénie : mise au point pour le praticien », in : Revue Médicale Suisse N° 79 publiée le 20/09/2006,
consultable sous
<http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31644>.
- 12 Philippe HUGUELET, Religion – spiritualité et psychiatrie, HUG, consultable sous http://spas.hugge.ch/enseignement/formation_continue/CoursReligionFormationPsySoc.pdf.
- 12 Jean-Charles MOUTTET, « La reconnaissance mutuelle chemin vers l'Autre – Libre parcours de Martin Buber à Paul Ricoeur », Université de Fribourg, 2009.
- 12 Etienne ROCHAT, « Souffrir de douleur existentielle, Vers une reconnaissance de la détresse spirituelle ? », article pour la revue palliative-ch, p.5, consultable sous http://www.cath-vd.ch/IMG/pdf/reconnaissance_detresse_spirit.pdf.
- 12 Rauda JAMIS, « Ce qui me gêne avec les psys », JCLattès, 2003.
- 13 Jacques BESSON, « Quelle relation entre spiritualité et addiction ? », in Revue Dépendances, N°34, 2008.

- 15 Etienne RIVIER, Catherine SUTER, Thomas HONGLER, « La spiritualité en soins palliatifs - Guide des soins palliatifs du médecin vaudois », n°5, consultable sous http://www.againstpain.org/pdf/Dlrs_5.pdf.
- 15 Annie PASCAL, Eliane FRECON VALENTIN, Diagnostics infirmiers, interventions et résultats, 3^{ème} édition, Masson, Démarche soignante, Paris 2003.
- 15 Lynda Juall CARPENITO, Manuel de Diagnostics infirmiers, Traduction de la 9^{ème} édition, Masson, Paris 2003.
- 16 Hubert DOUCET, « De l'éthique au spirituel. La situation dans les sciences de la santé », Théologiques 9/2 (2001).
- 16 Marie-Françoise COLLIÈRE, « L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers », in Anthropologie et Sociétés, vol. 14, n° 1, 1990.
- 16 Eckard FRICK, « Malades et spiritualité – Le rôle des soignants », in Revue Choisir, Mai 2009, consultable sous http://www.choisir.ch/IMG/pdf/Malades_et_spiritualite.pdf.
- 16 Thierry COLLAUD, « Le statut de la personne démente », Academic Press Fribourg, 2003.
- 18 François ROSSELET, « Prise en charge spirituelle des patients : la neutralité n'existe pas », article de la Revue médicale de la Suisse romande, 122. 175-178, 2002.
- 19 Coll., « Théo, L'encyclopédie catholique pour tous », Droguet-Ardant/Fayard, 1992/2007.
- 21 Philippe JAQUET, « La place de la spiritualité dans les programmes thérapeutiques des Oliviers », in Revue Dépendances, N°34, 2008.
- 23 G. ANANDARAJAH and E. HIGHT, « Spirituality and medical practice : using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assesment ». Am Fam Physician, 2001.
- 23 Cosette ODIER, « Accompagnement spirituel ou "faire passer un chameau par le trou d'une aiguille..." », Frontières, Automne 2004, consultable sous http://www.aumonerie-hopital.ch/contenu/visual.php?id=7&idelement=25&iduser=&sid=&nomchamps=filink_attacher_fichier.
- 24 Groupe de travail, sous la Présidence d'Etienne ROCHAT, « La prise en compte de la dimension spirituelle chez les personnes hospitalisées en CTR », Orbe, 2004, consultable sous <http://www.labelctr.ch/fichiers/DossierSpiCTR28.10.04.pdf>.
- 24 Alexandre STERN, Télévision Suisse Romande, « Faut pas croire ; La spiritualité c'est la santé », 16 janvier 2010, à voir sous http://str02.infomaniak.ch/tsr/fapac/2010/fapac_01162010-511k.m4v.

- 25 Samuel PFEIFFER, Médecin psychiatre, Chef de service à la Clinique Psychiatrique Sonnenhalde à RIEHEN, auteur de différents ouvrages. Ses recherches actualisées sont publiées sur son site internet : <http://www.samuelpfeifer.com/fr/index.html>.
- 40 Thierry COLLAUD, « Que devient la personne dans la démence ? », in F.-X. PUTALLAZ et B. N. SCHUMACHER, « L'humain et la personne », Cerf, Paris, 2008.

Ouvrages d'intérêt non cités dans le travail

Coll., sous la Direction de Jean-Claude MONFORT et Isabelle HOURDE, Outils pour les entretiens d'aide et de soutien psychologique – Tomes 1 (2005) et 2 (2008), Ed. Heures de France – éditions médicales et professionnelles, Paris.

Pierre ANDRE, Psychiatrie de l'adulte – Formation médicale et paramédicale, 4è, Ed. Heures de France – éditions médicales et professionnelles, Paris, 2006.

Patrick KAUFFMANN, Approche Centrée sur la Personne et Spiritualité, interview 2004, <http://www.unpsy.fr/kauffmann.html>, consulté le 15.2.2010.

Coll., CONGRÈS ANNUEL DE PSYCHIATRIE SPIRITUELLE "APPROCHES NOUVELLES EN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE", <http://essence-euro.org/evenements/2002/psychiatrie/programme.html>, consulté le 15.2.2010.

Simone PACOT, L'évangélisation des profondeurs, Cerf, 1997.

Thierry de SAUSSURE, L'inconscient, nos croyances et la foi chrétienne, Etudes psychanalytiques et bibliques, Cerf, 2009.

Sites internet de référence

- http://fr.wikipedia.org/wiki/CIM-10_Chapitre_05:_Troubles_mentaux_et_du_comportement
- <http://fr.wikipedia.org/wiki/DSM-IV>
- <http://www.ascodocpsy.org>
- <http://www.graap.ch/>
- <http://www.lerelais.ch/>
- <http://www.aiempr.org/>

Table des matières

1.	Introduction	1
1.1	Travail d'appropriation d'un certificat de formation	2
1.2	Une recherche personnelle qui s'appuie sur des travaux scientifiques	3
1.3	Intention de cette recherche	4
2.	Cadre clinique et hypothèses de travail	5
2.1	Expérience de pastorale clinique avec une approche biopsychosociale et spirituelle au sein des Services Psychiatriques du Jura bernois Bienne Seeland (SPJBB)	5
2.2	Hypothèses de travail	8
2.2.1	Terminologies	8
2.2.2	Compréhension clinique	8
2.2.3	A propos des psychopathologies	9
3.	Etendre le modèle biopsychosocial à la spiritualité	10
3.1	Recensement des études similaires en Suisse et en Amérique du Nord	10
3.2	Enjeux en éthique clinique de ce projet d'évaluation spirituelle	16
3.3	Vers une définition de la spiritualité	18
3.3.1	Définition de la spiritualité	19
3.3.2	La spiritualité dans la perspective des soins	20
3.3.4	Constat suite à cette définition	21
3.3.5	Distinction spiritualité – religion / religiosité	21
3.4	Une approche systématisée de la spiritualité	22
3.4.1	Le bien-être spirituel	23
3.4.2	L'évaluation des besoins spirituels	23
3.4.3	La spiritualité comme ressource pour faire face à la maladie psychique	25
4.	Evaluer la dimension spirituelle de la personne hospitalisée en psychiatrie	26
4.1	Prérequis	26
4.2	Outil d'évaluation de la dimension spirituelle	27
4.2.1	Ce qui précède l'évaluation de la dimension spirituelle	33
4.2.2	Le temps de l'évaluation spirituelle	34
	Evaluation de la dimension spirituelle comme part de l'être global	36
	Fiche de prises de notes pour l'évaluation de la dimension spirituelle	37
4.2.3	Après l'évaluation spirituelle, les intentions du retour à l'équipe soignante	37
	Eléments de la spiritualité objectivés par l'évaluation	37
	Discernement : ce qui peut être donné en retour, ce qui reste dans le secret	38
	Elaborer un contrat avec le patient pour le retour à donner aux soignants	39

	Un retour aux soignants qui peut contribuer à humaniser les soins	39
4.2.4	Suite à l'évaluation, l'accompagnement spirituel	40
5.	Phase d'expérimentation	42
5.1	Avant l'entretien d'évaluation de la dimension spirituelle	42
5.1.1	Préparatifs personnels	42
5.1.2	Préparation de l'évaluation spirituelle avec l'équipe soignante	43
5.2	Entretien d'évaluation de la dimension spirituelle d'une patiente	43
5.3	Après l'évaluation spirituelle – travail d'analyse et préparation de la transmission aux soignants	44
5.3.1	Regard critique sur l'entretien vécu	44
5.3.2	Relecture de l'entretien	44
5.3.3	Retour à l'équipe soignante	45
	Ce retour permet d'objectiver la dimension spirituelle de la patiente	45
	Éléments de compréhension de la personnalité de la patiente	45
	Emotions au cours de l'entretien	46
	La spiritualité comme ressource dans la maladie	46
5.3.4	Bilan de ce processus d'évaluation spirituelle	47
6.	Travail sur les enjeux éthiques	47
7.	Résultats, intérêts et limites de cette recherche	49
8.	Conclusion	51
	Remerciements	52
	<u>Annexes :</u>	
	• Concept Service d'Aumônerie Œcuménique SPJBB	54
	• SCHALLER : Recensement des études sur « Spiritualité et Santé »	57
	• SCHALLER : Effets bénéfiques de la religion pour les patients	57
	• SCHALLER : Effets positifs et négatifs dans l'étude de S. Mohr	58
	• SCHALLER : Désirs des patients et Rupture de la maladie	59
	• SCHALLER : Réponse du médecin aux besoins spirituels	60
	• SCHALLER : Conclusions	61
	• MONOD : Différents modèles BPSS et Interdisciplinarité	62
	• MONOD : Rôles Médecins – Accompagnants spirituels	65
	• COLLAUD : Mal-être existentiel	66
	• MONOD : Importance de la foi dans la décision médicale	67
	• MONOD : Perte de sens et Vulnérabilité	68
	• MONOD : Pourquoi prendre en compte la spiritualité ?	69
	• MONOD : Considérations éthiques	69
	• MONOD : Conclusion	70
	• MONOD : Evaluation de la détresse spirituelle (5 tableaux)	71

• HEFTI : 4 programmes d'intégration de la spiritualité	74
• HEFTI : Activités spirituelles à la SGM Klinik de Langenthal	75
✚ Protocole clinique « Discernement pluridisciplinaire – Pour quel patient faire une évaluation spirituelle ?	76
✚ Evaluation et protocole clinique « Spiritualité fonctionnelle et dysfonctionnelle »	77
✚ Tableau : « La sphère spirituelle »	78
✚ Fiche de prise de notes pour l'évaluation de la dimension spirituelle	79
✚ Mémo pour l'évaluation de la dimension spirituelle	80
□ Prise de notes – évaluation spirituelle de Mme T. /1	81
□ Prise de notes – évaluation spirituelle de Mme T. /2	82
□ Prise de notes – évaluation spirituelle de Mme V.	83
□ Vignette – Retour à l'équipe soignante après Mme V.	84
□ Prise de notes – évaluation spirituelle de M. V.V.	86
• SCHAFFTER & MOUTTET : Avant-projet d'Atelier d'art-thérapie spirituel	87
Bibliographie	88
Table des matières	91
CLIN D'ŒIL D'ALEXANDRE JOLLIEN	93

