

MUTATIONS SPIRITUELLES ET RELIGIEUSES AU SEIN DE L'HÔPITAL: LE CAS DU GHDC

SPIRITUALS AND RELIGIOUS MUTATIONS IN THE HOSPITAL: THE CASE OF THE GHDC

Dominique Baude¹
Marcela Lobo Bustamante²
Benoit Mathot³

Résumé

Confronté à de profondes mutations sociologiques qui travaillent son identité religieuse, et en vue de la construction d'un nouvel hôpital, un regroupement d'hôpitaux chrétiens (GHdC) de la région de Charleroi, en Belgique, a entrepris de mener une réflexion interconvictionnelle en vue de faire évoluer son modèle pastoral vers un paradigme qui intègre la diversité religieuse de ses patients et de son personnel. C'est l'histoire de ce changement en cours que nous présenterons dans cet article, en retraçant tout d'abord la chronologie factuelle des changements et des réalisations accomplis, avant d'entrer dans une série d'enjeux et de problématiques proprement théologiques.

Mots-clés: identité; transformation; religion; spiritualité; hôpital.

Abstract

Confronted with profound sociological transformations which impact his religious identity, and in the perspective of the construction of a new hospital, a grouping of Christian hospitals (GHdC) of the region of Charleroi, in Belgium, began to lead an interdisciplinary reflection to develop its pastoral model towards a paradigm which want to integrate the religious diversity of the patients and the staff. It is the history of this current change that we present in this article, by redrawing first the factual chronology of the changes and the realizations achieved, before entering a series of theological problems and issues.

Keywords: identity; transformation; spirituality; religion; hospital.

¹ Dominique Baude est responsable du Service humanisation au sein du Grand-Hôpital de Charleroi (Belgique).

² Marcela Lobo Bustamante est docteure en théologie (Université Catholique de Louvain). Elle est chargée de cours à la Faculté de théologie de l'Université Catholique de Louvain (Belgique) et à la Faculté de théologie de l'Université Catholique de Lille (France). Elle est aussi conseillère théologique au sein du Grand GHdC.

³ Benoit Mathot est licencié en philosophie et en sciences des religions (Université Catholique de Louvain) et docteur en théologie (Université Laval/Institut Protestant de théologie de Montpellier). Il enseigne la théologie fondamentale à la Facultad de Ciencias Religiosas y Filosóficas de la Universidad Católica del Maule (Chili), et est membre du Centro de investigaciones de la Religión (CIR-UCM). Il fut conseiller théologique au GHdC (2015-2016).

INTRODUCTION

Comment une identité religieuse particulière peut-elle demeurer elle-même en-dehors de toute perspective hégémonique ou monopolistique en termes d'offre et de régulation du sens ? Dit autrement, comment demeurer soi-même, tout en prenant en compte, et en intégrant dans l'approfondissement de son identité, la diversité religieuse ? C'est la question théologique qui anime et motive tout le travail de redéfinition et d'approfondissement de son identité que l'aumônerie catholique du Grand Hôpital de Charleroi est en train d'effectuer depuis deux ans.

On pourrait mentionner deux motivations principales à ce travail: tout d'abord, la grande diversité religieuse et culturelle des patients qui fréquentent aujourd'hui l'hôpital, ce qui pousse l'aumônerie à réarticuler son identité et son action en prenant en compte la réalité sociologique actuelle de l'hôpital. Ensuite, ce travail de redéfinition est également commandé par la perspective de la construction d'un nouvel hôpital en 2022. Un nouvel hôpital qui ne sera pas qu'un changement de bâtiments, mais qui aura aussi pour ambition de passer d'un modèle de prise en charge classique du patient à un modèle de prise en charge globale, dans lequel la dimension spirituelle du patient aura son importance, au même titre que d'autres dimensions, comme par exemple la dimension physique ou psychologique.

Nous montrerons comment ce travail d'approfondissement et de redéfinition effectué par l'aumônerie catholique, qui ne va pas sans les craintes qui s'y associent légitimement, s'est construit peu à peu au sein de l'équipe, avant d'être relayé et amplifié par une équipe-projet plus vaste. Nous montrerons également comment ce travail touche une série de questions, d'enjeux et de problématiques théologiques importantes, et plus que jamais d'actualité dans un contexte de postmodernité où le religieux se présente désormais à travers les traits de la pluralisation et de la détraditionnalisation (Boeve, 2010).

DIMENSION HISTORIQUE

LE CADRE LARGE DE LA FUSION HOSPITALIÈRE

L'historique des transformations pastorales qui affectent le Grand Hôpital de Charleroi (GHdC) est à resituer sur l'horizon historique d'une fusion hospitalière qui eut lieu en janvier 2008. C'est en effet à cette date que deux groupes d'hôpitaux catholiques de la région de Charleroi décident de fusionner institutionnellement pour fonder le groupe GHdC. Ces deux groupes - d'une part, Saint-Joseph, Sainte-Thérèse, et IMTR (Institut de Médecine, Traumatologie et Réadaptation), et d'autre part, le Centre Hospitalier Notre-Dame, et Reine Fabiola - ne font désormais plus qu'un: le Grand Hôpital de Charleroi (GHdC).

Le GHdC se répartit géographiquement sur 6 sites, dont 5 hospitaliers, et se compose de divers centres de consultations extérieurs se répartissant autour du bassin d'agglomération de Charleroi. Le GHdC est également en lien direct avec plusieurs autres institutions ou associations. Aujourd'hui, il se compose de 4500 collaborateurs dont 500 médecins et plus de 120 bénévoles. Il y a actuellement plus de 100 métiers représentés au sein de l'hôpital.

Si l'on resitue sur un horizon historique plus large les différents sites hospitaliers, on constate qu'ils ont été fondés entre 1869 et 1962. En outre, ils trouvent leur identité au cœur de la notion de charité chrétienne, d'aide aux plus démunis, et de besoins de soins, à l'exception du site IMTR, qui fut construit

au moment de l'essor industriel qui suivit la seconde guerre mondiale, suite à des revendications syndicales pour une meilleure prise en charge des blessés en provenance des industries et des charbonnages.

Lors de la grande fusion de janvier 2008, les statuts du GHdC définissent ses activités comme devant être entreprises dans un «esprit humaniste s'inspirant des valeurs chrétiennes». Par ailleurs, dans sa structure organisationnelle, le GHdC choisit également, dès 2008, de placer au sein de la Direction des ressources humaines un service spécifiquement dédié à l'humanisation (Service humanisation), qui trouve ses racines dans l'historique des sites IMTR, Sainte-Thérèse et Saint-Joseph. Ce service, unique en son genre, a pour objectif de participer au développement de l'hôpital en cherchant à respecter et à rencontrer les besoins présents et futurs de nos patients, tout comme à entendre la détresse spirituelle des soignants, qui se révèle souvent à travers des contacts formels ou informels avec eux, ou via le relais que constituent sur le terrain les équipes de bénévolat. Ce service Humanisation s'est vu confier trois missions principales: tout d'abord, œuvrer à la restauration de l'identité de la personne à travers le *volontariat*; ensuite, *animer* (étymologiquement «donner une âme») la vie de l'hôpital, on est là dans une notion de réconfort de la personne ; et enfin, aider pastoralement le patient à traverser l'épreuve de la maladie par une recherche de sens consistant à «relire-relier» le récit de vie.

TRANSFORMATIONS DE LA PASTORALE HOSPITALIÈRE AU SEIN DU GHDC

PÉRIODE 2008-2012: UNE TRANSFORMATION EN GESTATION

Si l'on envisage à présent la dimension proprement religieuse, qui constitue depuis toujours l'ADN des différents sites hospitaliers composant le GHdC, on note également d'importants changements à partir de 2008. A cette date, c'est-à-dire au moment de la fusion hospitalière, il existe en effet une équipe pastorale (aumônerie) par site hospitalier. Toutefois, leur situation était délicate et complexe, car les fonctionnements de chaque équipe différaient les uns des autres, et leur avenir était incertain. Concrètement, on rencontre des équipes qui sont en souffrance, car pour certaines, il existe une peur de perdre la stabilité de leur statut, alors que pour d'autres, c'est la blessure d'un statut déjà en régression qui se fait sentir. Par ailleurs, le cadre de fonctionnement des différentes aumôneries n'est pas clair. Que peut-on faire, ne pas faire ? Quel sera le positionnement de la nouvelle direction générale par rapport aux missions de l'aumônerie ? Plus largement, on peut aussi constater que les équipes d'aumônerie se posent la question de leur identité, c'est-à-dire du contenu et des contours de leur mission, ainsi que de leur légitimité.

Ces questions ont provisoirement trouvé une série de réponses dans différents lieux de réflexion, qui ont constitué pour les équipes autant de balises sur le chemin de leur questionnement: tout d'abord, la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui définit la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité». Selon cette définition, il existe donc des besoins d'une autre nature que le seul soin physique. Ensuite, s'est ajouté à cela une définition biomédicale de la spiritualité, qui reconnaît la recherche spirituelle comme «constitutive de tout être humain», comme un «potentiel clinique», et comme une puissance de soutien face à la maladie et à la mort. Enfin, les équipes entreront également en contact avec l'approche

du théologien belge Dominique Jacquemin, dont les réflexions vont marquer le travail de l'aumônerie. Jacquemin développe en effet l'idée d'une vision de l'homme en quatre dimensions, qui vont interagir entre elles: le corps (pôle sensoriel), la tête (pôle de la réflexion), le cœur (pôle psychique) et l'âme (pôle de représentation du bonheur et des valeurs) (Jacquemin, 2011). Selon lui, les interactions de ces différentes dimensions vont permettre au patient de construire du sens par rapport à ce qu'il vit, sur l'horizon plus vaste d'un processus d'humanisation, ce qui va lui permettre de se mobiliser pour faire face à la maladie. Dans cette approche, il s'agit donc d'être attentif aux croyances du patient, et de les respecter, parce que cela va l'aider à traverser l'épreuve de la maladie. Une telle approche introduit inévitablement un déplacement par rapport à une approche religieuse strictement pastorale, qui exclurait de son champ d'action la spécificité de chaque patient.

Lorsque l'on accomplit le travail de relecture de la période 2008-2012 de fonctionnement de l'aumônerie, par l'analyse des difficultés passées et présentes, on constate la présence de différentes difficultés comme celle de trouver des repères, une difficulté à témoigner de sa foi dans la sphère publique pour les patients, tout comme pour le personnel. Par ailleurs, on notera aussi que l'insertion de l'aumônerie dans la stratégie institutionnelle de l'hôpital a été mise à mal par certaines décisions relevant d'acteurs intermédiaires, comme par exemple celle d'enlever les croix dans les chambres, ce qui a déstabilisé l'aumônerie quant à sa place dans l'hôpital. Une aumônerie dont les missions sont également souvent perçues par le reste du personnel hospitalier comme un travail de seconde zone, résultat d'une méconnaissance du travail pastoral et de son potentiel. Comme nous l'avons déjà indiqué, on constate aussi un certain nombre de peurs, mais cette fois du côté des équipes soignantes et de l'institution face à une certaine image de l'Église, souvent perçue comme hétéronome. La collaboration avec les autres cultes n'est pas évidente, car le désir de rencontre interreligieuse n'est pas souvent partagé. A travers ce contexte, il s'agissait donc pour l'institution, et en particulier pour le service Humanisation, de réinventer l'aumônerie dans un nouveau contexte.

PÉRIODE 2012-2015: ÉMERGENCE D'UN NOUVEAU PARADIGME

Le premier acte de cette transformation va consister à créer, en 2012, une seule équipe d'aumônerie GHdC, ainsi qu'à harmoniser le mode de fonctionnement des différents aumôniers. Dans le sillage de cette transformation, le Diocèse de Tournai a organisé une formation à destination des hôpitaux intitulée «*Institution et pastorale, un plus réciproque*» pour laquelle il a demandé la participation du GHdC en vue d'un partage d'expériences. C'est à cette occasion que la responsable du service d'humanisation a demandé une première rencontre avec le Directeur général et la Direction des ressources humaines du GHdC pour leur faire part de la redéfinition du projet pastoral de l'hôpital, afin de s'assurer que ce dernier est bien en phase avec les autres projets institutionnels portés par l'hôpital.

Le cadre de ce projet pastoral, qui a été construit par un dialogue avec l'équipe d'aumônerie, se dessine maintenant autour de la figure du patient (et du personnel) qui, croyant ou non, définit désormais les limites de la rencontre pastorale. Il s'agit d'un virage fondamental dans l'évolution du projet pastoral de l'hôpital, car découle de cet accent mis sur le patient l'idée d'une aumônerie qui reçoit maintenant la mission «d'accompagner spirituellement le patient, sa famille et le personnel soignant». Il sera intéressant de

constater que cette transformation du rôle de l'aumônerie catholique, qui passe ainsi de «présence d'Eglise» à une mission d'accompagnement spirituel du patient, n'a pas été perçue par l'équipe d'aumônerie dans toutes ses conséquences, c'est-à-dire comme devant impliquer, à terme, l'ouverture d'un espace interconvictionnel et pluraliste qui viendrait forcément modifier le périmètre de leurs interventions.

Sur le plan pratique, l'équipe d'aumônerie, durant toute la période allant de 2012 à 2015, se met aussi en recherche d'une série de repères, par exemple législatifs, qui aboutissent à une légitimation du passage dans les chambres des aumôniers pour les visites aux malades, ce qui était jusqu'à présent laissé à l'appréciation différenciée des chefs de service. Toutefois, la mise en place de réunions d'équipe d'aumônerie est souvent perçue comme une «perte de temps» par rapport aux visites aux malades. Il fallait encore faire évoluer la mentalité de l'équipe en la plongeant dans la réalité et la dynamique de ce nouvel hôpital GHdC, avec ses exigences, son rythme, son professionnalisme, et cela d'abord concrètement, en intégrant les membres de l'aumônerie dans le même mode de fonctionnement que l'ensemble des autres salariés du groupe hospitalier. Concrètement, cette intégration signifie que les aumôniers, qui sont ici salariés au GHdC, sont maintenant contraints au même mode de fonctionnement que tous les autres salariés (horaire, pointage, procédures, supervisions, etc.). On aboutit ainsi à une vision clarifiée de leur rôle et de leur mission par une «description de fonction» constituée par la Direction des ressources humaines, comme il en existe pour toutes les autres fonctions au sein de l'hôpital. L'enjeu est encore là de provoquer la professionnalisation du travail d'aumônerie, qui se voit par-là non seulement crédibilisé dans ses missions, mais également reconnu et incorporé dans l'institution par les autres acteurs de l'hôpital.

En 2014, la direction demande à la responsable du service Humanisation de présenter au Comité de direction du GHdC ce qui s'est concrétisé au sein de son service. Le pôle pastoral de ce service (qui en comprend donc deux autres: animation et bénévolat) sera ainsi abordé par un état des lieux, par une présentation des difficultés présentes et passées, ainsi que par celle des avancées déjà réalisées. A travers cette présentation au Comité de direction, la stratégie pastorale s'est déployée selon 3 grands axes: le souhait de créer un groupe interconvictionnel, le développement de la visibilité de l'aumônerie au sein de l'institution, et l'intégration des unités de soins et du corps médical dans une réflexion plus large sur la place de la dimension spirituelle au sein du nouvel hôpital.

A partir de 2014, on parlera de Nouvel Hôpital (NH) car cette année-là, la décision a été prise de construire un nouvel hôpital au cours de la prochaine décennie, un hôpital qui regrouperait en un même lieu l'ensemble des cinq sites existants aujourd'hui, et qui s'organiserait autour d'un modèle de prise en charge globale du patient, afin de l'envisager dans sa globalité, au-delà de sa seule maladie. Dans ce contexte, l'institution a mis en place différents groupes de travail, soumis à une méthodologie spécifique («Méthode de gestion de projet GHdC - inspirée PRINCE2») pour réétudier de façon qualitative et performante chaque poste de fonctionnement de l'hôpital en vue d'élaborer la stratégie de fonctionnement du nouvel hôpital. On parle de «projets NH».

LE PROJET NH 302

Ce contexte de foisonnement réflexif au sein de l'institution va offrir à l'aumônerie catholique la possibilité de s'insérer plus encore dans le cadre institutionnel en proposant à la direction, au même

titre que les autres fonctions présentes dans l'hôpital, de mener, au sein d'un projet institutionnel NH spécifique, une réflexion professionnelle et qualitative sur son rôle et ses missions dans un contexte religieux en mutations et en transformations. Toutefois, cette démarche réflexive nécessitait un certain nombre de compétences théologiques et philosophiques, qui n'étaient pas en tant que telles présentes dans l'institution. Le contexte de crise économique ne facilitant pas l'engagement, la responsable du service Humanisation a alors décidé de diminuer son propre temps de travail de 04h00/semaine pour permettre l'engagement de Benoit Mathot, philosophe et théologien, avec qui elle travaillera en binôme à la constitution de différents groupes de travail devant conduire cette réflexion qui avait été initiée par l'aumônerie catholique.

Après quelques mois préliminaires de prises de contacts, en 2016, le projet NH initié par l'aumônerie, et prolongé par les deux chefs de projet prend forme. L'institution donne à ce projet NH l'appellation «NH 302»⁴, il a comme mandat: «l'amélioration de l'intégration de la dimension spirituelle dans la prise en charge globale du patient en tenant compte de la pluralité des convictions religieuses et philosophiques dans le but d'améliorer son vécu pendant son séjour hospitalier». Cet objectif attribué par l'institution insiste donc sur l'idée, déjà formulée dans la redéfinition par l'aumônerie de son champ d'action, que le patient, qui a des croyances diverses, se trouve au centre des préoccupations de l'aumônerie, ce qui confirme le déplacement de paradigme: de «présence d'Eglise» à «présence signifiante au cœur du monde». Ce mandat, confié au service humanisation par le Comité de pilotage des différents projets «NH» de l'hôpital, constituera le cœur et la boussole du projet NH302 jusqu'à l'entrée dans le nouvel hôpital. Il émane essentiellement de la synergie entre les questionnements surgit au sein de l'équipe d'aumônerie et de la rencontre de la responsable du service d'humanisation avec les différents acteurs du terrain et leurs préoccupations spirituelles.

Bien entendu, ce mandat pose la question interconvictionnelle, et cette fois de manière explicite. Puisque le patient est aujourd'hui pluriel, la prise en charge doit devenir plurielle elle aussi. On s'en doute, la difficulté va maintenant être de devoir articuler de manière nouvelle une identité particulière, définie historiquement et théologiquement comme chrétienne, avec la situation sociologique nouvelle d'un pluralisme culturel et religieux.

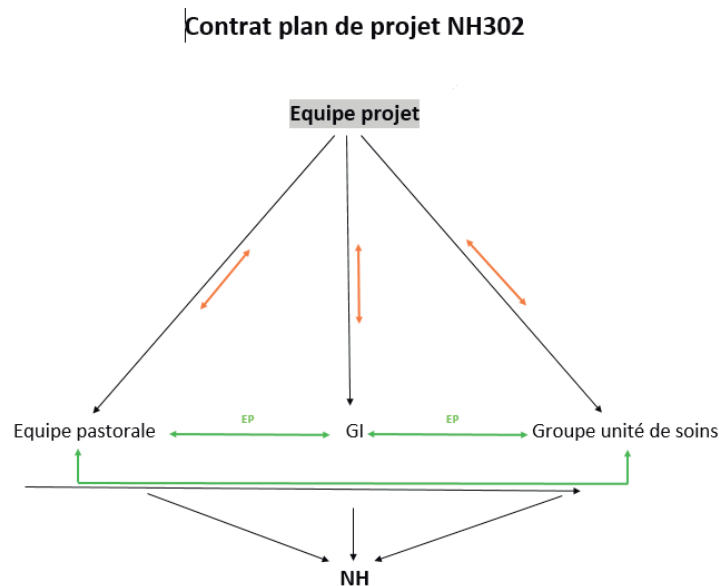
MÉTHODOLOGIE

Face à ce défi, les coordinateurs du projet NH302 ont d'emblée voulu écarter une double tentation: celle de vouloir préserver à tout prix les acquis religieux traditionnels liés à l'histoire de l'institution, et celle visant à superposer indistinctement différentes convictions les unes sur les autres pour paraître en phase avec la diversité religieuse. Finalement ils choisirent, sous l'impulsion des différents projets NH, une réflexion qualitative, et qui surtout ne craignait pas de (dé-)placer l'ensemble des acteurs dans une situation d'inconfort. Le défi est en effet d'articuler le particulier à l'universel. Dans un rapport d'étape, les coordinateurs écriront:

⁴ Nous parlons de «NH302» en raison d'une classification interne au GHdC qui classe les projets en trois catégories: court-terme (NH100), moyen-terme (NH200) et long-terme (NH300). Le projet NH302 est ainsi le deuxième projet de long-terme soutenu par le comité de pilotage des différents projets NH.

La nécessité de mener une telle réflexion est liée à la spécificité du lieu. Dans notre société qui a une vision économique et technologique de l'humain et où les référents symboliques sont l'efficacité et la performance, qu'en est-il d'un sujet malade qui n'est plus ni rapide, ni efficace, ni performant ? L'hôpital est ce lieu où naissent des questions fondamentales et douloureuses en décalage avec le discours ambiant. L'enjeu n'est pas de savoir comment boucher cette question pour redevenir plus efficace, mais dans le schéma de prise en charge globale du patient qui sera mis en place avec le nouvel hôpital, il s'agit de donner droit à ces questions dérangeantes.

C'est à ce moment que sont créés différentes instances de réflexion au sein du projet NH302: un groupe interconvictionnel (GI), un groupe pastoral (EP) et une série de «groupes de soignants». Le *groupe interconvictionnel* est un espace de réflexion qui est constitué d'un représentant de chaque religion officiellement reconnue en Belgique, dans lequel chacun est invité à intervenir et à s'exprimer en son nom, et non comme le représentant «santé» officiel de sa confession (ou de sa philosophie) d'origine. L'objectif de ce groupe est d'introduire, par une série d'actions concrètes, une dynamique interconvictionnelle au sein de l'institution. Pour sa part, le *groupe pastoral*, qui comprend les membres de l'équipe d'aumônerie actuelle, est chargée de réfléchir, à partir de son ancrage chrétien catholique et de son expérience du terrain, à sa mission dans le contexte nouveau du pluralisme culturel et religieux, où le monopole du sens n'est plus la prérogative des seuls catholiques. Enfin, les *groupes de soignants* répondent à la volonté des deux chefs du projet NH302 de travailler et de concrétiser le mandat institutionnel qui leur a été confié à partir d'une méthodologie utilisant les différentes étapes de la vie (naissance, adolescence, vie adulte, vieillesse, mort). On trouvera ainsi, par exemple, un groupe «néonatalogie et maternité» qui a pour but d'adapter le mandat du projet NH302 aux spécificités de ces deux services, qui ne sont pas les mêmes spécificités que celles d'autres services. Enfin, les deux initiateurs du projet ont également choisi de ne plus chapeauter seuls le travail de ces différents groupes, bien qu'ils participent à chacune de leurs réunions, mais d'élargir son pilotage à une «équipe-projet» composée des deux chefs de projet, de deux psychologues, de la responsable de la formation des nouveaux infirmier(e)s, de la responsable de la médiation de l'hôpital et d'une secrétaire. C'est cette équipe-projet qui pilote et coordonne désormais le travail des trois lieux de réflexion, où se déploie et se met en place concrètement le projet NH302, selon le graphique suivant:



RÉALISATIONS CONCRÈTES

Au niveau des réalisations concrètes, les différents groupes sont actuellement en train de travailler en fonction de leur champ de compétences. C'est ainsi que le Groupe interconvictionnel a déjà pu réaliser une brochure «naissance» dans laquelle chacun des membres a écrit, à partir de sa propre tradition religieuse et/ou philosophique, des paroles d'accueil de la vie, qui ont pour but de signifier de manière spirituelle l'importance de ce moment de la vie. En ce moment, un second projet vise à installer dans les différents services une affiche interconvictionnelle reprenant les principaux points d'attention que les soignants doivent avoir à l'esprit lorsqu'ils interviennent auprès d'un patient ayant des convictions religieuses particulières. Par exemple, la brochure conseille d'orienter vers l'Est le lit d'un défunt musulman pour que ce dernier soit orienté vers La Mecque selon ses convictions. Pour sa part, l'équipe pastorale a réfléchi sur un certain nombre de problématiques liées à son identité et à sa pratique, notamment sur la question de l'hospitalité, ainsi que sur les rapports qui à la fois rapprochent et éloignent l'accompagnement spirituel et l'accompagnement psychologique. Enfin, la première équipe soignante, qui s'occupe donc de la naissance et de la néonatalogie, est en ce moment en train de réfléchir à ses propres besoins en termes spirituels et d'humanisation, car l'enjeu est que les initiatives en la matière viennent des services eux-mêmes, et non d'en-haut, ni de manière uniforme pour chaque service. En cela, le cadre d'action proposé ci-dessus se veut précis, mais aussi très flexible quant aux contenus qui seront avancés et travaillés. Enfin, il existe aussi des activités qui transcendent le périmètre des différents groupes, comme par exemple la réception d'un invité avec qui les différents groupes passent la journée pour réfléchir une problématique transversale. C'est ainsi que le théologien Guy Jobin, de l'Université Laval (Québec), avait été reçu en 2016 pour travailler avec le Groupe interconvictionnel et l'équipe pastorale les grandes intuitions qui animent le projet NH302, ainsi que la notion de «traduction de langage». Il s'agit d'une notion importante, censée permettre une compréhension mutuelle entre soignants, patients, aumôniers, familles, qui parlent différemment d'une même réalité (par exemple: la spiritualité d'un patient), mais qu'il s'agit pourtant de faire travailler ensemble en assurant la traduction, dans les concepts et dans la langue de l'autre, des significations véhiculées par chacun.

PERSPECTIVES THEOLOGIQUES

CLARIFICATIONS CONCEPTUELLES

Pour mettre en place notre mandat et travailler efficacement à l'amélioration de la prise en charge spirituelle du patient au sein de l'hôpital, nous nous sommes rendu compte qu'il était important de clarifier les principales notions qui sont impliquées dans ce mandat. C'est ainsi que nous avons décidé de mettre en place un sous-groupe de travail, au sein de *l'équipe projet*, afin de clarifier, conceptuellement et institutionnellement, certaines notions telles que la «spiritualité», la «religion», et la «neutralité», dans le but que tous les acteurs de l'hôpital emploient une sorte de langage commun lorsqu'ils en parlent au sein de l'institution.

L'ÊTRE HUMAIN ET LA SPIRITUALITÉ

Lorsque nous parlons de l'être humain et de la manière dont nous pouvons le comprendre, nous partons de l'idée centrale qu'en lui se trouvent diverses dimensions, qui sont pour lui constituantes: les dimensions *physique*, *psychique*, *sociale* et *spirituelle*. En ce qui nous concerne, nous avons choisi d'insister sur le fait que la dimension spirituelle pouvait être définie (selon Pujol, Jobin, Beloucif, 2014, p. 76) comme «le lieu intime de la personne malade [...] qui lui conférerait sa dignité et sa liberté, ce qui donnerait du sens à sa vie, ce qui lui permettrait de se réaliser, ce qui lui donnerait paix et harmonie intérieure». Autrement dit, selon (Rosselet, 2002) la dimension spirituelle ouvre l'humain à «une dimension qui le dépasse tout en l'incluant, et qui par conséquent, le décentre et l'élargit». Ce décentrement permet à la personne malade de se voir et de s'envisager autrement, et ainsi de resituer sa maladie sur l'horizon plus large de sa vie, afin de l'y intégrer. La dimension spirituelle chez l'être humain représente ainsi selon (Rosselet, 2002) «la capacité à questionner le sens de l'existence et à se sentir connecté à une réalité transcendante ou ultime, qu'elle soit désignée en termes religieux ou non». Elle englobe en elle la dimension religieuse de l'être humain, mais elle ne se réduit pas à cette dernière. Dit autrement, selon (Cherblanc, Jobin, 2013) l'être humain serait naturellement spirituel et culturellement religieux.

QU'EN EST-IL DU RELIGIEUX ?

Dans cette perspective, nous avons choisi de considérer que la dimension religieuse qui est présente dans l'être humain pouvait se définir selon (Rosselet, 2002, p. 175) comme «une expression particulière, un cadre défini dans lequel la spiritualité peut se manifester et se vivre». Elle s'enracine dans une tradition et une culture particulière en façonnant ainsi la vision que les êtres humains ont du monde, de la vie et des autres. Ainsi, lorsque nous parlons de religions, il est naturellement question de différences, de points de vue particuliers, de visions diverses qu'il faut à la fois respecter et toujours revoir à la lumière des grandes sources qui les fondent (l'Évangile, la Torah, le Coran, etc.) A la différence de la spiritualité, la religion entraîne la mise en pratique de la foi selon des rites et des dogmes communs à un groupe en référence à une tradition. Elle implique le rapport à un cadre objectif qui s'inscrit dans une histoire, à une communauté d'appartenance, et ainsi à des référents de celle-ci. Elle peut se révéler, dans certains cas, être une ressource fondamentale qui aide les personnes malades à trouver les ressources nécessaires pour traverser la maladie. Elle est source de repère et de stabilité au cœur d'un groupe où chacun se reconnaît et est reconnu avec ses propres fragilités.

Ces appuis prennent racine dans des traditions anciennes reconnues par nos sociétés occidentales comme sources inspiratrices pour tout être humain en-dehors même de sa croyance.

NEUTRALITÉ D'OUVERTURE OU DE FERMETURE ?

Dans ce contexte, on mesure l'importance, au sein de l'hôpital, des lieux spirituels et religieux qui font partie des filtres que chacun/chacune a de la réalité. Le patient malade ne peut pas se réduire qu'à sa pathologie ou à son dossier médical, car sa singularité implique le traitement de sa maladie de manière

holistique (dimension physique, psychique, sociale et spirituelle). D'où le constat de l'impossibilité à envisager un «hôpital neutre». Le patient est un sujet singulier qui s'exprime à travers ses croyances, sa vision du monde, son histoire, autant d'éléments qui interdisent, par nature, une certaine forme de neutralité. En ce sens, si la neutralité de l'hôpital permet en son sein un espace de discussions et des échanges entre les différentes convictions religieuses et spirituelles, alors elle pourrait être une vraie occasion de dialogue, d'ouverture, d'altérité et de confiance entre tous les acteurs impliqués. Au contraire, si la neutralité les incite à un blocage et à faire taire leur singularité, alors elle conduit à la division, à l'incompréhension, à l'intolérance, voire au racisme.

L'objectif de ce sous-groupe de travail a donc été de trouver, grâce à la clarification de ces différentes notions de spiritualité, de religion et de neutralité, un langage commun pour toute l'institution, afin de pouvoir établir les bases du projet NH302. Nous sommes conscients que ces clarifications ne peuvent pas répondre de manière exhaustive au sens de ces mots si chargés d'acceptions possibles, mais notre but était simplement de proposer quelques repères à tous les acteurs de l'hôpital concernés par la problématique de la détresse spirituelle. Ces définitions resteront donc une vision partielle de ces notions, mais elles disent quelque chose du type de recherche que le GHdC est en train de mettre en place sur la question de la prise en charge spirituelle du patient.

Au cours de ces clarifications et de ces définitions des notions de spiritualité, de religion et de neutralité, nous nous sommes rendu compte que tant les psychologues que les aumôniers étaient concernés par la détresse spirituelle des patients. C'est pourquoi nous avons éprouvé la nécessité de créer un autre sous-groupe, cette fois entre psychologues et aumôniers, pour réfléchir à leur spécificité et à leurs points communs en ce qui concerne leur fonction en lien avec le malade qui se trouve en détresse.

LE PATIENT EN DÉTRESSE SPIRITUELLE

D'abord, si l'on observe ce qui arrive lorsque le patient se découvre malade, on constate que la personne malade se trouve dans une recherche de sens (au sens de «esprit»). Elle cherche à mettre des mots sur la maladie pour essayer de comprendre ce qui lui arrive, et de se penser (s'envisager) «autrement» dans son existence. La maladie change la manière de se voir et de se concevoir. Elle provoque une sorte d'incohérence et donc une recherche d'équilibre. Le corps malade bouscule la personne et peut le mettre en décalage dans son rapport à lui-même, aux autres et à son environnement, et à Dieu le cas échéant.

Nous avons aussi constaté que face à la détresse spirituelle, les psychologues et les aumôniers identifient quatre éléments pour aborder la rencontre avec le patient qui se trouve en souffrance: l'accompagnement ou le soutien, l'écoute, la parole et le temps.

Face à cette détresse, les aumôniers et les psychologues vont mettre en place de ressources en lien avec l'esprit par le biais d'approches différentes. Pour les premiers, ces ressources vont être puisées dans une tradition en lien avec des croyances et avec l'apport d'une culture singulière ancrée dans l'histoire de vie du malade. Parmi ces ressources, se trouve l'ouverture à la transcendance, à l'Altérité dans une dimension individuelle et collective (d'autres ont vécu la même chose et y ont trouvé du sens). Pour les deuxièmes, ils vont mobiliser des ressources aussi en lien avec l'esprit mais, cette fois-ci dans le sens des sciences humaines. Ils vont chercher dans des courants

de pensée (cognitivo-comportementale, humaniste Rogérienne, psychanalytique, etc.) pour ouvrir la réflexion dans une recherche de sens plutôt individuelle.

UN CHANGEMENT DE PARADIGME THÉOLOGIQUE

Théologiquement parlant, nous pensons que l'innovation qu'apporte ce projet est de sortir progressivement du schéma d'aumônerie classique dans lequel l'Eglise catholique dispose du monopole du sens, et cela même si les racines de l'hôpital sont - et sont appelées à demeurer - des racines chrétiennes. Selon ce modèle classique, ce sont des aumôniers catholiques, mandatés par leur Eglise et leur évêque, qui disposent du droit de rencontrer le patient hospitalisé et sa famille. Le rôle de cet aumônier consiste à entendre le patient à partir d'une écoute chrétienne, à ressaisir sa parole et son histoire dans la trame des Evangiles, à apporter l'eucharistie, à prier avec le patient, à lui offrir la grâce et le réconfort de la présence du Christ. Autrefois, ces missions importantes étaient confiées à des religieuses ou à des prêtres qui se consacraient presque exclusivement à cette tâche, avant que cette mission, faute de vocations, ne fut ensuite confiée à des laïcs ayant reçu une mission d'Eglise de la part de leur évêque.

Or, c'est précisément ce modèle classique, historiquement justifié, qui aujourd'hui connaît un moment de crise et d'ébranlement, en raison de la pluralité religieuse (particulièrement forte dans la région de Charleroi), de l'indifférentisme religieux (avec des patients qui ignorent quasiment tout de la dimension religieuse ou spirituelle de l'existence), et de la transformation du rapport au religieux (rapport beaucoup plus individuel, donc moins médiatisé par les institutions religieuses classiques, et s'autorisant une forme de recomposition personnelle faite d'adhésions subjectives à différents éléments de différentes religions, comme par exemple un intérêt pour la figure de Jésus et en même temps pour la réincarnation, jugée plus crédible que la résurrection). Face à cette situation, qui est un fait social qu'il ne s'agit pas de nier, la tâche des aumôniers catholiques est beaucoup plus compliquée qu'elle ne l'était au moment où régnait l'homogénéité sociale, culturelle et religieuse. En effet, soit l'aumônier persiste à ne se situer qu'au sein de sa propre tradition, au risque de ne plus concerner qu'une petite minorité de croyants, soit il s'ouvre à la pluralité religieuse et culturelle qui l'entoure, mais au risque de fragiliser son lieu théologique d'origine. C'est précisément cette alternative que le projet NH302 entend repenser. Cette difficulté constitue d'ailleurs l'une des craintes qui traverse une partie de l'actuelle équipe d'aumônerie.

Une autre crainte entendue est aussi celle de la dissolution de la particularité chrétienne dans un grand tout spirituel indifférencié qui ferait fi de la richesse de l'histoire et de l'identité chrétienne de l'institution. Dans ce schéma, l'équipe pastorale comprend jusque dans une certaine mesure la nécessité de transformer l'approche pastorale classique, mais avec le souhait que cette transformation respecte l'historique et les acquis religieux présents au sein de l'hôpital, et en tout cas à condition que le message ne soit pas dilué dans une trop grande ouverture à l'autre. Ces craintes, parfaitement légitimes, se transforment toutefois parfois en tensions, et une partie des réunions est souvent consacrée à désamorcer ce type de résistance.

Pour sa part, le projet NH302 entend précisément «cultiver une tension féconde» entre une identité chrétienne reconnue et une ouverture à l'altérité et à la pluralité culturelle et religieuse. On pourrait traduire cela par le choix d'une position volontairement «inconfortable», et cela non en raison d'une

quelconque forme de masochisme, mais parce que les acteurs du projet sont convaincus que l'adhésion à la foi chrétienne n'implique, paradoxalement, aucun confort, ni aucun droit acquis. L'enjeu est plutôt de se laisser interpeller et questionner, et donc de se laisser déplacer par la présence d'un autre différent, qu'il s'agit d'écouter dans sa parole et son désir singulier d'être accueilli et reconnu. Accepter de se laisser interrompre (Boeve, 2003)⁵ (une interruption qui est aussi parfois motif de déconstruction), parce que les figures de Dieu et de Jésus-Christ sont justement celles qui, dans la tradition chrétienne, se manifestent en interrompant la possession tranquille d'un sens ou d'une certitude religieuse. Dans cette perspective, nous pourrions au fond affirmer que tout au bout (ou tout au cœur) de la logique chrétienne (qui, articulée au mouvement de l'incarnation, se veut kénotique), il y a moins un *message* à transmettre, un *savoir* ou un *objet* à protéger, qu'un déplacement, une ouverture, une fêlure dans le registre du religieux, fêlure dans laquelle chaque charisme qui s'exprime dans l'équipe pastorale peut trouver sa place au service du patient et des soignants. En ce sens, tenir une position chrétienne consistante, c'est assumer l'inconfort d'un décentrement, c'est être appelé à quitter sa terre, à l'instar d'Abraham, c'est entrer dans le mystère de l'autre comme mystère, un autre dans lequel le chrétien est appelé à reconnaître le vivant visage de Dieu lui-même.

La question n'est donc pas de savoir si l'ouverture chrétienne (et croyante) à l'autre nous prive de notre croyance, précisément parce que l'ouverture à l'autre est le ressort même de cette croyance, ressort sans lequel cette dernière dépérirait. Dès lors, ce repositionnement de l'aumônerie catholique en vue de la prise en compte de la pluralité religieuse, loin de relativiser les grandes intuitions du christianisme, les requiert au contraire, exige leur approfondissement, et nécessite paradoxalement d'être profondément ancré dans les racines de son identité chrétienne.

C'est pourquoi nous avons mis en place un travail de définition de l'identité de l'aumônier au XXI^{ème} siècle, afin de voir quel pouvait en être l'ADN. Ce travail a consisté à identifier trois éléments fondamentaux dans le travail de l'aumônier: la singularité du patient et son rapport au Christ, le rapport au temps (chronos/kairos), et le témoignage d'un Dieu qui se fait chair. Dit autrement, c'est parce que l'hôpital entend assumer pleinement son histoire enracinée dans la tradition chrétienne qu'il ne doit pas craindre de se relativiser (relativité n'est pas relativisme !) au contact de la pluralité religieuse, ainsi que des quêtes et des recherches de sens particulières des patients et du personnel.

CONCLUSION

Pour conclure ce texte qui retrace l'aventure qui nous a réunis depuis bientôt trois ans, nous souhaitons revenir sur la démarche qui nous a animé dans cet article. Tout d'abord, nous avons voulu présenter une contextualisation de la situation propre du GHdC, tant sur le plan institutionnel, que sur le plan de l'histoire des transformations qui ont progressivement affecté et recomposé sa stratégie pastorale, à travers le projet NH302, en vue d'une meilleure adéquation au contexte sociologique et culturel. Ensuite, nous avons voulu présenter les grandes étapes du projet NH302, avec ses clarifications, ses réalisations, ses résistances, ses perspectives. Plus que jamais, nous pensons que l'identité chrétienne n'a

⁵ Sur la sens théologique de cette notion d'interruption, voir par exemple Lieven BOEVE, «La définition la plus courte de la religion: interruption», in *Vie consacrée*, 2003/1, p. 10-49.

rien à craindre de ce qui vient la déplacer, voire l'interrompre, tout simplement parce que le Dieu qu'elle confesse se présente lui-même comme un Dieu qui vient interrompre les discours religieux sûrs d'eux-mêmes, pour les rouvrir sans cesse à l'inconnu et au mystère de l'Autre.

BIBLIOGRAPHIE

BOEVE, Lieven. Le défi de la théologie dans un contexte postmoderne. Une approche européenne dans Léonard Santedi Kinkupu (dir.), **La théologie et l'avenir des sociétés**, Paris, Karthala, 2010, p. 351-368.

JACQUEMIN, Dominique. **Formation aux Aumôniers catholiques de l'Evêché de Tournai**, 2011.

PUJOL, Nicolas; JOBIN, Guy; BELOUCIF, Sadek. **Quelle place pour la spiritualité dans le soin dans Esprit**, 2014, p. 75.89.

ROSSELET, François. **Prise en charge spirituelle des patients**: la neutralité n'existe pas dans La revue médicale de la suisse romande, 122, 2002, p. 175-178.

