

FACULTÉ DE THÉOLOGIE, D'ÉTHIQUE ET DE PHILOSOPHIE
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

“L'accompagnement pastoral en milieu hospitalier”

par

Daniel Audy

Mémoire présenté
pour obtenir
la Maîtrise Ès Arts (théologie)

Sherbrooke
Automne 1999



**National Library
of Canada**

**Acquisitions and
Bibliographic Services**

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

**Bibliothèque nationale
du Canada**

**Acquisitions et
services bibliographiques**

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-61702-5

Canada

Résumé du mémoire de maîtrise
de J.C. Daniel Audy
présenté à
Université de Sherbrooke
Faculté de théologie, d'éthique et de philosophie

L'accompagnement pastoral en milieu hospitalier

Le présent mémoire se veut un plaidoyer pour une présence pastorale plus active et significative dans un milieu hospitalier qui est toujours en pleine mutation.

L'auteur connaît bien le lieu d'où il parle. Diacre permanent, il y accompagne les malades. Il a également fait l'expérience des lacunes d'un système de santé dirigé par des impératifs économiques suite à de graves maladies tant par lui que par son épouse.

La question qui sert de fil conducteur à la recherche peut être formulée de la façon suivante : comment peut-on accompagner aujourd'hui, à la manière de Jésus-Christ et dans le prolongement de la tradition chrétienne, la personne malade?

Pour mener à bien sa recherche, l'auteur organise son mémoire en trois parties distinctes: dans une première partie ce sont les différents intervenants du milieu qui ont la parole (ch. 1-3); une seconde partie nous donne des clefs d'interprétation pour offrir un accompagnement de qualité à la suite de Jésus et de son Église (ch. 4-6) et finalement une troisième partie (ch. 7) vient proposer des avenues

pour assurer dans les années présentes un accompagnement pastoral qui se veut de qualité. La conclusion générale nous propose des mesures à prendre de façon immédiate pour que l'accompagnement en milieu hospitalier soit, dans un cadre concerté, le fait d'individus compétents et oeuvre d'Église dans une communauté soutenante.

SOMMAIRE

“L’ACCOMPAGNEMENT PASTORAL EN MILIEU HOSPITALIER”

Le mémoire, que vous avez actuellement entre les mains, est l’aboutissement d’une multitude d’expériences. Expériences personnelles, à travers la maladie de mon épouse (élément déclencheur) et dans l’accompagnement des personnes malades, que je fais depuis plus de cinq ans, en qualité de diacre permanent. C’est également l’expérience personnelle de tous ces employés-ées et bénévoles, oeuvrant en milieu hospitalier et qui ont bien voulu collaborer à ma recherche. Finalement, c’est l’expérience de toutes ces personnes malades, que j’ai pu visiter et accompagner durant leur séjour en milieu hospitalier.

Le but poursuivi par cette étude consiste, en un premier temps, à observer les différentes sortes d’accompagnements qui se font auprès des personnes malades en milieu hospitalier.

Cette recherche¹ nous conduira, dans un second temps, à cerner la présence chrétienne et ainsi en venir à répondre à la question suivante et raison d'être du présent mémoire : L'Église est-elle toujours, à l'exemple de Jésus-Christ, présence active auprès de la personne hospitalisée (accompagnement pastoral) et sinon, quels seraient les correctifs qui seraient à apporter pour se rapprocher de l'enseignement évangélique ? L'observation du milieu a été réalisée au Centre hospitalier de Métabetchouan et à l'Hôtel-Dieu d'Alma, qui forment aujourd'hui une seule entité, sous le vocable de "CHCHSLD le Jeannois"², puisqu'il y a eu fusion depuis.

L'ensemble de la recherche se compose de trois parties bien distinctes. La première partie débute par un regard historique afin de mieux nous situer dans notre recherche et nous permettre ainsi de mieux comprendre la situation actuelle vécue dans nos centres hospitaliers. Par la suite, ce sont les différents intervenants auprès du malade, tant salariés que bénévoles, qui viendront se dire, se livrer sur leur vécu auprès de la personne hospitalisée. Finalement, c'est la personne malade elle-même qui viendra nous donner son point de vue face à ce qu'elle vit en milieu hospitalier.

La deuxième partie, entièrement consacrée à l'interprétation théologique de l'accompagnement de la personne malade en milieu hospitalier, viendra nous donner les assises bibliques et théologiques nécessaires pour interpréter, voire comprendre la situation mise sous observation lors de la première partie. Elle nous permettra de saisir, dans un premier temps, l'enseignement de Jésus à l'égard du frère ou de la soeur malade à travers la parabole du Bon Samaritain. Dans un deuxième temps, nous ferons un survol de ce que l'Église, dans la continuité du Christ, a su faire pour ses membres malades. Un troisième temps nous permettra

¹Cette recherche a été réalisée de 1995 à 1998.

²CHCHSLD le Jeannois : Centre hospitalier et Centre hospitalier de soins de longue durée le Jeannois. Cette nouvelle entité, qui a été constituée le 26 novembre 1996, est le résultat de la fusion du Centre Hospitalier de Métabetchouan devenue le Pavillon de Métabetchouan, de l'Hôtel-Dieu d'Alma devenu le Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma et des centres d'accueil pour personnes âgées suivants : Au Domaine du Bel Âge, le Foyer Normandie et le Foyer le Pionnier.

d'accueillir les orientations de deux théologiens en regard de la personne malade.

C'est ainsi qu'au terme de cette recherche, une question fait surface. Cette question : "Demain, quel type de présence aurons-nous ?", constitue la troisième partie et vient ainsi prolonger notre réflexion. Nous verrons que, malgré tout ce qui est actuellement fait pour la personne malade, il y a encore beaucoup à faire pour offrir, voire redonner une présence chrétienne et pastorale plus agissante auprès de nos malades, qui en ont toujours grandement besoin.

Remerciements

Les motivations personnelles, qui m'ont conduit à écrire ce mémoire, sont nombreuses et vous pourrez les découvrir tout au long de ce présent ouvrage. Mes premiers remerciements vont à mon épouse Louise. Si elle fut le départ de mon questionnement par sa maladie, je dois reconnaître qu'elle a été celle qui m'a encouragé et soutenu, tout au long de ces heures que j'ai passées devant l'ordinateur, dans la composition du présent ouvrage. Merci pour sa patience et les nombreuses heures qu'elle a passées à écouter mon questionnement, à lire mes textes. Elle fut mon premier public. Je tiens à remercier Simon Dufour qui, dès le début, a cru en mon projet. C'est la confiance qu'il m'a manifestée, comme directeur de recherche et ami, qui aura permis que je donne le meilleur de moi-même.

Cet ouvrage a été pour moi un devoir : devoir de témoin, qui se doit d'informer sur ce qu'il a vu, devoir de scribe, qui se doit d'écrire la parole de ceux qui se sont confiés, qui se sont ouvert en toute sincérité. Je remercie donc toutes ces personnes qui ont accepté de s'ouvrir, de se confier, de faire un bout de chemin avec moi. Sans eux, ce présent ouvrage n'aurait jamais vu le jour.

Daniel Audy

“Toute souffrance est unique - et

toute souffrance est commune.

Il faut me redire la seconde vérité

quand je souffre - et la première

quand je vois souffrir les autres.”

Henri De Lubac,

Paradoxes, Seine, 1959.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION :

“Une expérience de rencontre, d’accompagnement.”	1
---	---

PREMIÈRE PARTIE

“LES DONNÉES D’OBSERVATIONS”

INTRODUCTION	9
---------------------------	---

CHAPITRE PREMIER :

“Situation de la recherche”	11
1.1-Une brève incursion dans le passé hospitalier.....	12
1.2-Pourquoi je parle ?.....	17
1.3-Le lieu d’où je parle (le milieu).....	19
1.4-Les différents accompagnateurs (qui).....	21

1.4.1-Les infirmiers-ères.....	23
1.4.2-Les médecins et spécialistes.....	23
1.4.3-La famille (les accompagnateurs naturels).....	24
1.4.4-Les auxiliaires bénévoles.....	24
1.5-Un regard particulier sur la composante pastorale.....	25
1.5.1-L'équipe du Service de la Pastorale.....	27
1.5.2-Un diacre permanent.....	27
1.5.3-Les aumôniers.....	28
1.6-Les réalités majeures qui ressortent suite à ce parcours.....	28

CHAPITRE SECOND :

“L'écoute du milieu.”	31
2.1-Les infirmières.....	33
2.2-Les médecins.....	46
2.3-Les accompagnateurs naturels.....	55
2.4-Les bénévoles auxiliaires.....	59
2.4.1-À l'Hôtel-Dieu.....	61
2.4.2-Au Centre Hospitalier de Métabetchouan.....	67
2.5-Le Service de la Pastorale.....	70
2.6-Des conclusions.....	87

CHAPITRE TROISIÈME :

“À l'écoute du malade.”	93
3.1-Le récit de monsieur X et de son épouse.....	94
3.2-Le récit de madame Y.....	96
3.3-Mon récit personnel.....	97
3.4-Des témoignages concordants.....	98
3.5-Mon expérience en tant que malade.....	110

3.6-En conclusion.....	112
------------------------	-----

SECONDE PARTIE

“CRITÈRES ET DÉFIS POUR UN ACCOMPAGNEMENT PASTORAL...”

INTRODUCTION.....	115
--------------------------	------------

CHAPITRE QUATRIÈME :

“Esquisse de problématique.”.....	117
4.1-La posture du sujet ou le champ opérationnel.....	117
4.2-L’écoute du milieu.....	119
4.2.1-Les infirmières.....	119
4.2.2-Les médecins.....	120
4.2.3-Les accompagnateurs naturels.....	120
4.2.4-Les bénévoles auxiliaires.....	121
4.2.5-Le service de pastorale.....	122
4.2.6-Des conclusions.....	123
4.3-À l’écoute du malade.....	123
4.4-Conclusion.....	124

CHAPITRE CINQUIÈME :

“L’enseignement de Jésus.”.....	126
5.1-L’exégèse du texte.....	129
5.2-Un lieu, des personnes.....	132
5.3-Un exemple, un service d’Église.....	137
5.4-Et les autres ?.....	142

CHAPITRE SIXIÈME :

“La pratique de l’Église auprès des malades.”	144
6.1-L’Église et la personne malade.....	144
6.1.1-La petite histoire d’un sacrement.....	146
6.1.2-L’Église et les soins aux malades.....	150
6.1.3-Obligation humaine-engagement chrétien.....	153
6.2-Deux acteurs face au bon Samaritain.....	156
6.2.1-Hans Küng : être humain.....	156
6.2.2-Jean Vanier : être prochain.....	159
6.2.3-Pour conclure.....	165

TROISIÈME PARTIE

“POUR UN ACCOMPAGNEMENT PASTORAL PERTINENT AU CONTEXTE ACTUEL”

INTRODUCTION	170
---------------------------	-----

CHAPITRE SEPTIÈME :

“Demain, quel type de présence aurons-nous ?”	172
7.1-La situation actuelle du malade.....	173
7.2-Le service de pastorale et l’accompagnement.....	177
7.3-L’accompagnement pastoral du malade, à la Zone de l’Est-du-Lac.....	181
7.3.1-L’implication communautaire à la Zone.....	182
7.3.2-Au niveau des paroisses de la Zone.....	186
7.3.3-Le diacre permanent versus la personne malade.....	190
7.3.4-La formation.....	192
7.3.5-Le sacrement des malades.....	196
7.3.6-En guise de conclusion.....	198

CONCLUSION GÉNÉRALE :	200
BIBLIOGRAPHIE :	204
ANNEXES :	I
Annexe 1 : Questionnaire présenté à des étudiants-es en nursing.....	II
Annexe 2 : Questionnaire destiné aux bénévoles de l’Hôtel-Dieu d’Alma.....	III
Annexe 3 : Questionnaire destiné aux aumôniers de l’Hôtel-Dieu d’Alma.....	XVI

INTRODUCTION

“UNE EXPÉRIENCE DE RENCONTRE, D’ACCOMPAGNEMENT.”

Printemps 1988. La vie reprend, la verdure remplace la blancheur hivernale. Dix-huit ans de mariage, deux enfants, Louise et moi travaillons et tout ce que nous avons désiré, nous l’avons et même plus. C’est la belle vie, pas de problèmes, nous nous laissons vivre. Que pourrait-il nous arriver ?

Cependant ce qui ne devait pas arriver arriva. Comme la lame de la guillotine, la maladie faisait son entrée dans une famille sans problèmes.

Une douleur subite au côté, mon épouse entrait d’urgence à l’hôpital et de là, directement aux soins intensifs. Une embolie pulmonaire venait de la frapper. Sérum, appareil

de tension, moniteur cardiaque, anticoagulants par voie intraveineuse, appareils de contrôle de toutes sortes, articulés par des médecins et infirmières, utilisant des termes incompréhensibles pour moi. C'était le branle bas autour d'elle. S'en sortira-t-elle ? Comme réponse, l'on me dirige vers une petite salle d'attente où je demeure seul, très seul.

Jusqu'au moment de me retrouver dans cette petite pièce, je n'avais pas eu le temps de réfléchir, de penser. Mais là, les cellules grises se mirent à fonctionner à pleine capacité. Qu'est-ce que je vais devenir ? Qu'est-ce que je vais faire ? Les enfants ? S'en sortira-t-elle ? Dans quel état ? Dans combien de temps ? Le ciel venait de me tomber sur la tête. On a beau être bâti comme une armoire à glace, dans une situation comme celle-là, on tombe instantanément les deux épaules collées au plancher. J'étais complètement abasourdi. Je ne voyais plus l'avenir. J'étais collé au présent et c'était lourd, très lourd.

Après quelques heures, qui me parurent une éternité, le médecin vient me dire : " Elle dort. Nous l'avons stabilisée. Nous en saurons plus demain. L'on ne peut qu'espérer". Je vais donc chez moi, retrouver les enfants. La nuit fut longue et les larmes abondantes. La seule chose qui me venait à l'esprit, était de prier, prier, prier et c'est ce que j'ai fait, toute la nuit.

À un moment donné, j'ai été comme enveloppé d'une chaleur intense. C'était une chaleur qui normalement aurait dû produire des sueurs, mais non, cette chaleur était intérieure. C'était une chaleur réconfortante, une chaleur qui me berçait et où je me sentais en sécurité. Toutes les craintes, les idées noires, la rage que j'avais m'ont quitté et il n'est resté, en moi, que la paix. Cela faisait comme si je me réveillais d'une nuit de sommeil. J'avais récupéré mes forces et l'espoir était de retour en moi. J'étais devenu *tout autre*. Du négatif, j'étais passé au positif. Je savais, j'intuitionnais que Louise s'en sortirait.

Dans ma prière de demande, dans mon appel à l'aide, dans ma souffrance, *Dieu* était venu me rejoindre et me dire qu'il était avec moi où plutôt que j'étais dans ses bras, qu'il me

portait, qu'il veillait sur Louise. Fidèle à Lui-même, il venait à notre aide, il venait nous *accompagner*, nous visiter. Comme le dit si justement Jean-François Malherbe, la souffrance avait ouvert le chemin intérieur par lequel Dieu vient à nous¹.

Le lendemain, tout était sous contrôle, le caillot de sang était bien localisé. Avec les médicaments, quinze jours plus tard, la situation alarmante fut contrée et Louise remise sur pied. Pour les médecins, les médicaments ont sauvé Louise. Cependant, pour mon épouse et moi tout en acceptant l'aide infiniment précieuse de la médecine, à un niveau plus profond c'est le Seigneur qui est venu en renfort², qui nous a *accompagnés*. Cette prise de conscience réalise une grande différence et c'est cela qui a contribué à nous enraciner dans la paix, au sein d'une situation tragique.

Dans ce récit, ce que je veux faire ressortir, c'est que le croyant que je suis, à travers la souffrance et dans l'impuissance du moment, a su se tourner vers Dieu, s'abandonner entièrement, faire confiance en la Providence.

Ce qui m'a le plus aidé à porter cette situation, ce n'est pas uniquement le réconfort de la médecine (accompagnement médical), car elle a apporté son aide spécifique, mais elle a été impuissante face à mon désarroi. Il n'y a pas eu non plus de présence humaine (accompagnement humain) pour me dire : "Nous t'accompagnons". Le seul *accompagnement* que j'ai pu avoir personnellement, à ce moment-là, ce fut le vide de la salle d'attente et le

¹Malherbe, J.-F., *Vivre avec la souffrance, Repères théologiques*, Montréal, Fides, 1992, p.109 : "Nous sommes définitivement mieux assurés de nos souffrances que de la présence de Dieu. Cela n'implique cependant en rien son absence, encore moins son inexistence... Loin de nous éloigner de Dieu, la souffrance, qui est inévitablement liée à toute existence humaine, peut nous libérer... et ouvrir le chemin intérieur par lequel Il vient à nous".

²Psaume 118 (117) au verset 7a : "Le Seigneur est pour moi, il me vient en renfort...".

silence de ma nuit. C'est dans cette expérience du vide³, du néant⁴, dans mes pourquoi et que faire, que j'ai été porté, bercé, que j'ai ressenti une présence toute autre, que j'ai fait l'expérience du rien⁵. Ce fut Dieu lui-même qui, dans ma désespérance, ma souffrance, est venu me visiter, me redonner courage. Dieu lui-même était venu à ma rencontre pour m'*accompagner*.

Si aujourd'hui je ressens le besoin *d'accompagner* les gens dans leurs souffrances, leurs maladies et même leur mort, c'est en raison de ce vide immense que j'ai ressenti et vécu dans cette situation de désespérance que j'ai dû affronter. Cette expérience m'a ouvert les yeux sur une situation qui est vécue par bien des gens qui ont, eux aussi, à affronter la souffrance et la mort, dans leur propre chair, ainsi que sur tous leurs proches qui, eux non plus, ne savent pas toujours quoi faire et où trouver aide et réconfort.

Problématique et présentation

Aujourd'hui beaucoup de personnes, hommes et femmes, donnent de leur temps pour visiter et/ou accompagner le malade ou le mourant en milieu hospitalier. Plusieurs d'entre eux le font d'un point de vue strictement humanitaire, et d'autres le font dans l'esprit de Jésus-Christ, dans le sillage de son enseignement. Mais toutes ces autres personnes (familles, amis,

³Roy, D., Mourir avec dignité : un débat ouvert, *Santé mentale au Québec*, vol. 7, no. 2, 1962

⁴Gendron, C., Carrier, M., in *La mort condition de la vie*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1997, en page 70 : "L'angoisse de la mort est l'expérience du néant..." Il y a également ce texte de Simone de Beauvoir, in *Une mort très douce* : "... Quelle angoisse de se sentir une chose sans défense, tout entière à la merci de médecins indifférents et d'infirmières surmenées. Pas de main sur le front quand la terreur les prend, pas de calmants dès que la douleur les tenaille, pas de babillage menteur pour combler le silence du néant..."

⁵ Welte Bernhard, *la lumière du rien*, Fides, 1989, p. 54: "Faire l'expérience du rien est tout à fait autre chose que de ne pas faire d'expérience. Celui qui fait l'expérience du rien fait une véritable expérience, il rencontre quelque chose qui le touche, l'ébranle et le transforme".

médecins, infirmières, etc...), qui gravitent autour du malade, pouvons nous les qualifier d'accompagnateurs ? Et si j'ose aller plus loin, pouvons nous les qualifier d'accompagnateurs chrétiens ? Quelles sont les attentes des malades et/ou des mourants face à ces différentes personnes ? L'accompagnement pastoral a-t-il toujours sa place auprès de ces gens ? Qu'en est-il au juste de l'accompagnement pastoral dans nos hôpitaux ? C'est à ces questions que je tenterai de répondre dans ma recherche de maîtrise.

Les données d'observation de ma recherche peuvent être exprimées ainsi : en premier lieu mon expérience personnelle, tant face à la maladie de mon épouse Louise qu'auprès des grands malades et des mourants que j'ai eu à accompagner en milieu hospitalier. En second lieu (pour le nommer ainsi), j'utiliserai l'expérience et la façon de voir de différents intervenants (parents, accompagnateurs, aumôniers, médecins, infirmières, etc...), que j'ai pu recueillir sous forme de confidences, de questionnaires, d'entrevues. En troisième lieu, j'utiliserai le témoignage des personnes qui sont au centre même de ma recherche, soit les grands malades et les mourants en milieu hospitalier.

Le but poursuivi par cette recherche sera donc de cerner, de décrire la présence et l'action pastorale en milieu hospitalier. Cette étude tentera de dépeindre le rôle que joue le chrétien à travers l'accompagnement des grands malades et/ou des mourants. Pour y arriver, j'utiliserai, comme méthode de travail, la praxéologie pastorale. L'observation du milieu a été réalisée au Centre hospitalier de Métabetchouan⁶ ainsi qu'à l'Hôtel Dieu d'Alma⁷.

L'ensemble du présent ouvrage est composé de trois parties bien distinctes. La première renferme l'ensemble des données d'observations. En voici sa structure. Nous trouverons dans un premier chapitre ce que j'appelle communément "*la posture du sujet*" ou "*le champ*

⁶Hôpital de longue durée de 125 lits.

⁷Hôpital de médecine générale de 246 lits permis initialement. Plus que 125 aujourd'hui.

opérationnel”, c’est-à-dire une brève incursion dans le passé hospitalier, la section détaillée du lieu d’où je parle, de qui je parle, des buts que je poursuis, ainsi que les questions majeures qui alimenteront ma recherche et les techniques utilisées.

Dans un second chapitre, que j’intitule “*l’écoute du milieu*”, nous entendrons parler les différentes personnes oeuvrant et travaillant auprès des personnes malades et/ou mourantes. Nous verrons ce qui est en cause, qui est en cause, ce qu’ils ont à nous dire et comment ils nous le disent.

Nous en arriverons ainsi à un troisième chapitre, “*à l’écoute du malade*”, où nous recevrons le message, le langage de la personne malade et/ou mourante. L’on y découvrira ce qu’elle reçoit et/ou désirerait recevoir de la part des gens s’activant tout autour d’elle.

La seconde partie, qui débute par une esquisse de problématique (chapitre 4), se veut une incursion dans la tradition chrétienne riche de 2 000 ans d’histoire. Ainsi, dans un cinquième chapitre, “*L’enseignement de Jésus*”, nous nous tournerons vers un texte du Nouveau Testament, soit une parabole de Jésus où il est question d’aide, de soutien, d’accompagnement de la personne malade. Dans un second temps (ch.6), nous nous pencherons sur ce que l’Église, comme institution humaine et divine (en tant que «Corps du Christ»), a su faire pour les malades à la suite de Jésus de Nazareth. Pour terminer ce chapitre (6.2), nous nous attarderons sur le regard que portent deux théologiens à l’égard de la personne malade, en ces années où l’individualisme est monnaie courante, malgré les voeux pieux de la communauté internationale. Ce bain dans la tradition chrétienne nous permettra un regard neuf sur ce que l’Église a fait et met en oeuvre au profit de la personne malade, tant du point de vue spirituel que corporel.

Finalement, une troisième partie nous permettra de jeter un dernier regard sur ce qu’est, actuellement, “*l’accompagnement pastoral en milieu hospitalier*”, de dire ce qu’il devrait être,

et comment nous devrions nous y prendre pour offrir, aux malades et/ou aux mourants, un accueil, une écoute, une parole, un geste chrétien et pastoral, à l'intérieur des murs froids d'un centre hospitalier où la maladie a préséance sur le malade qui est toujours, ne l'oublions pas, un être humain à part entière.

Ce mémoire se veut donc "une levée de rideau" sur le travail d'accompagnement qui se fait auprès des gens malades et/ou des mourants, mais tout spécialement sur l'accompagnement pastoral. Ainsi, à travers le parcours que je m'appête à entreprendre, la question qui orientera toute ma recherche sera la suivante : l'Église est-elle toujours, à l'exemple de Jésus-Christ, présence active auprès de la personne hospitalisée (accompagnement chrétien et pastoral) et si non, quels seraient les correctifs à apporter pour se rapprocher de l'enseignement évangélique ? Sans plus de détour, je vous invite maintenant à entrer dans le vif du sujet qu'est : "*l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*".

Première Partie

“Les données d’observations”

Introduction

Chapitre premier : “Situation de la recherche”

Chapitre second : “L’écoute du milieu”

Chapitre troisième : “À l’écoute du malade”

INTRODUCTION

L'être humain est essentiellement un être relationnel. Depuis la nuit des temps, il a su s'intéresser à son semblable et mettre en oeuvre différents moyens pour lui venir en aide.

Dis-moi d'où tu viens, je te dirai où tu vas, pourrait-on dire des époques comme des générations qui se succèdent. D'où l'intérêt d'interroger l'histoire et de mettre en perspective à la place qui lui revient, l'idée que notre époque se fait de l'accompagnement de la personne malade en milieu hospitalier et de tous les intervenants qui l'entourent. C'est ce qui fera l'objet du premier chapitre.

Dans un second chapitre, nous reprendrons un à un les différents intervenants afin de mieux les comprendre et ainsi découvrir les formes d'accompagnements qu'ils procurent à la personne malade.

Nous ne saurions terminer notre investigation sans avoir permis à la personne malade elle-même de venir nous dire comment elle se situe dans cet univers hospitalier où gravitent les différents accompagnants.

Ainsi, cette première partie nous permettra de nous faire une idée assez précise de ce qu'est l'accompagnement de la personne malade et tout spécialement ce qu'est, aujourd'hui, *l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*, but de la présente recherche.

CHAPITRE PREMIER

“SITUATION DE LA RECHERCHE”

Le terrain que je vous invite à visiter, au cours de cette recherche, est bien particulier du fait que c'est un territoire de passage, une zone de transition, du point de vue des usagers. C'est en quelque sorte une gare pour la personne malade qui y est en attente, dans l'espoir d'un nouveau départ, une fois la santé retrouvée ; ou un terminus pour ceux et celles qui y effectuent les derniers instants de leur vie terrestre. Par contre, il s'agit d'un milieu institutionnel avec son personnel, sa structure et ses objectifs. En ce sens, c'est un milieu stable et permanent, avec sa dynamique dans la dynamique sociale.

Dans cet univers froid qu'est un centre hospitalier par ces murs de briques et de pierres, il y a de nombreux travailleurs, travailleuses et bénévoles de toutes sortes qui essaient, tant

bien que mal, de bien accomplir leur travail professionnel et d'apporter de la chaleur humaine dans ce milieu où malades et mourants sont à la recherche de soins oui, mais également de réconfort, de soutien et d'espérance. Cet univers et les personnes qui s'y affaireront feront l'objet du présent chapitre. Pour ce faire, nous déambulerons à l'intérieur des murs de l'Hôtel-Dieu d'Alma où je fais actuellement de l'accompagnement, et jetterons également un regard au Centre hospitalier de Métabetchouan où j'ai fait mes premières armes auprès des personnes malades et/ou mourantes.

Nous observerons l'ensemble des intervenants oeuvrant auprès des malades, afin d'y découvrir les différentes formes d'accompagnements présentes en milieu hospitalier et ainsi nous permettre d'y situer l'accompagnement pastoral.

Pour arriver à bon port, je procéderai de la façon suivante : 1- Un bref rappel historique ; 2- Pourquoi je parle ? 3- Le lieu d'où je parle ; 4- Je tenterai une définition des différentes sortes d'accompagnements ; 5- Un regard particulier sur la composante pastorale ; 6- Les réalités majeures qui ressortent suite à ce parcours.

1.1-Un bref rappel historique.

C'est d'abord à travers l'histoire que nous prenons la route pour mieux comprendre la situation actuelle de nos hôpitaux, étant donné que c'est en regardant ce qui était fait autrefois et ce que nous faisons aujourd'hui, que nous pourrions mieux comprendre et orienter notre agir pastoral en milieu hospitalier.

Au Québec, avant 1962, année de l'entrée en vigueur de la Loi des Hôpitaux (projet de loi 44), les centres hospitaliers étaient dirigés et administrés par des congrégations religieuses⁸

⁸ La congrégation religieuse fondatrice et propriétaire de l'Hôtel Dieu D'Alma a été "Les Augustines de la Miséricorde de Jésus" et sa directrice-fondatrice, soeur Laetitia Le Fèvre,

qui avaient pour mission et raison d'être les soins des personnes malades. Nous retrouvons alors des religieuses à tous les niveaux structurels de nos hôpitaux. De ce fait, la personne hospitalisée se trouvait constamment entourée, voir enveloppée d'une présence chrétienne, visible et active. "Ces femmes-là ont été des modèles, des témoins dans le fond de ce qu'elles vivaient"⁹. De plus, chaque étage, chaque département possédait un nom à connotation religieuse¹⁰. Il est également intéressant de noter, qu'à cette même époque, l'enseignement, dispensé dans le cadre de la formation académique des infirmières, était sous la responsabilité de ces mêmes religieuses qui voyaient à l'implantation d'une école à cette fin et ce, jusqu'en juillet 1972, année où les CÉGEP font leurs apparitions, dans le nouveau système d'éducation qui prend forme dans le Québec de l'époque¹¹.

L'aumônier, à cette époque, résidait en permanence à l'intérieur même des murs de l'hôpital. Il y disposait d'un petit appartement et son temps était entièrement orienté vers le malade et pour le malade. Il avait un rôle spécifique, axé sur les sacrements et ce, André Proffit nous le décrit très bien en ces termes :

“ Autrefois, l'aumônier était considéré comme
l'homme des sacrements de la dernière heure ; et
les vivants eux-mêmes, dès l'instant qu'ils le

A.M.J. Ces renseignements ont été pris dans le document de l'Hôtel Dieu d'Alma intitulé : “*Le projet de toute une communauté*”, publié à l'occasion de son 40^{ième}. Anniversaire de fondation en 1994, p. “A” et p.16.

⁹Comité de recherche de l'assemblée des évêques du Québec sur les communautés chrétiennes locales, *VOIES D'AVENIR, résumé de la recherche*, Montréal, Fides, 1992, p.10.

¹⁰De mémoire d'infirmière : “ le département *Notre-Dame* : maternité et la pouponnière; la petite pédiatrie avait pour nom : *l'Enfant-Jésus*; la grande pédiatrie : Ange-Gardien ; Saint-Augustin : médecine homme ; Sainte-Monique : médecine femme ; Sacré-Coeur : opérations et chirurgies ; Saint-Joseph : général pour hommes”.

¹¹Hôtel-Dieu d'Alma, *Le projet de toute une communauté*, oct. 1994, p.7-8 : “ L'école des infirmières de l'Hôtel-Dieu d'alma, instituée en mars 1957 aura permis la formation de 385 infirmiers-ères”.

voyaient paraître dans une salle de malades, s'inquiétaient de sa démarche"¹².

Nous pouvons donc affirmer que la personne hospitalisée, jusqu'à la Loi des hôpitaux de 1962, baignait dans une atmosphère de chrétienté, la déconfessionnalisation des institutions n'ayant pas encore faite son apparition dans le contexte québécois de l'époque. Le soutien et l'accompagnement pastoral y était visible, constant et accessible en tout temps.

En 1962, lorsqu'entre en vigueur la Loi des Hôpitaux, l'Hôtel-Dieu d'Alma, tout comme l'ensemble des hôpitaux du Québec, forme son premier Conseil d'administration qui prendra ainsi la relève des Augustines. Un vent de "sécularisation"¹³ se lève sur notre système de santé. L'État vient d'assumer ce que l'Église avait mis en place. Il prend à sa charge les soins de santé de ses citoyens, tout comme il le fait également dans le domaine de l'éducation. Cette prise en main a fait partie de ce que nous avons appelé "la révolution tranquille"¹⁴.

Avec la Réforme des années 1970¹⁵ sur les services de santé et les services sociaux, s'enclenchent d'énormes changements, tels que l'accessibilité gratuite et universelle aux soins de santé, la création du Ministère de la Santé, le financement public des établissements, pour ne nommer que ceux-là. À partir de là, le contrôle civil est devenu total, ne laissant plus que

¹²Proffit, A., *Le service des malades, témoignage d'un prêtre*, Paris, Fleurus, 1966, p.10.

¹³Berger, P., *La religion dans la conscience moderne*, Paris, Éditions du Centurion, 1971, p.174-175 : "Un phénomène global des sociétés modernes, qui se traduit par le retrait aux Églises chrétiennes et à ses communautés d'appartenance, de secteurs qui étaient jadis sous leur contrôle ou sous leur influence : hôpitaux, écoles".

¹⁴L'ENCYCLOPÉDIE DU CANADA, Montréal, Les Éditions Stanké Ltée, 1987, p.929 et 1707 : "Période de changements rapides vécue par le Québec de 1960 à 1966. Le gouvernement adopte de nouvelles lois en matière d'éducation. Il y a création du ministère de l'éducation, il remet en question le rôle de l'Église catholique qui domine le réseau des écoles publiques. Implantation du programme fédéral-provincial d'assurance-maladie".

¹⁵Document "*Le projet de toute une communauté*" de l'Hôtel-Dieu d'Alma, p.9.

le rôle spirituel auprès des malades aux diverses représentations religieuses présentes dans un Québec devenu multi-confessionnel¹⁶.

Puis, doucement, à travers tous ces changements, les noms des départements, à “connotation religieuse”, ont complètement disparu, pour devenir simplement numérique (le 1^{er} , 2^{ème} , 3^{ème} , 4^{ème} , 5^{ème}). De plus, l’aumônier, qui avait son lieu de résidence à l’hôpital, se voit invité à habiter à l’extérieur des murs de l’institution. Du statut de résident permanent, il passe à celui de travailleur permanent. Il devient employé (cadre) avec un horaire de travail de “8 à 4”, tout en demeurant “sur appel” pour les cas d’urgence.

C’est ainsi qu’aujourd’hui, la visibilité chrétienne à l’intérieur des murs de l’hôpital, en est réduite à sa plus simple expression, soit en la présence de son aumônier. En moins de 30 ans, l’agir pastoral en milieu hospitalier sera passé de “l’omniprésence” à celui de “service offert”, au même titre que tous les autres services actuellement proposés aux malades et aux mourants.

Cependant, les changements en milieu hospitalier n’en sont pas pour autant terminés. En effet, des modifications énormes viendront remodeler la physionomie de nos hôpitaux d’ici l’an 2000 avec la réforme du ministre Jean Rochon¹⁷. Il y aura restructuration complète des

¹⁶Berger, P., *La religion dans la conscience moderne*, Paris, Editions du Centurion, 1971, p.215 : “On peut dire que la sécularisation amène une démonopolisation des traditions religieuses et qu’elle conduit ainsi *ipso facto* à une situation pluraliste”. Mais, au Québec, il y a également l’immigration qui a activé cet état de fait.

¹⁷Rochon, J., ministre de la santé et des services sociaux, “*La transformation du réseau : un projet, une vision*”. Article paru dans le journal INTER/ACTION, volume 1, no.4, été 1995, p.4-5 : “je rappellerai que nous sommes au terme d’un processus qui, au Québec se déroule depuis dix ans. Tout a commencé avec la commission (Rochon) d’enquête sur les services de santé et les services sociaux qui a engagé son travail à la fin de 1985 et qui a remis son rapport au début de 1988. La ministre Mme. Thérèse Lavoie-Roux, a collaboré avec la commission, ainsi que M. Marc-Yvan Côté, qui lui succède. Ainsi, au moment de prendre la relève, j’ai bien conscience de me retrouver à la fin d’un processus et que je me dois d’enclencher la phase finale qui est la mise en place de la nouvelle orientation de tout le système de santé du Québec”.

soins de la santé. C'est l'ère ambulatoire¹⁸ qui fait maintenant son apparition, avec la "chirurgie d'un jour"¹⁹ où l'on estime que, d'ici 3 ans, près de 80% des interventions chirurgicales se feront sans hospitalisation²⁰. Cela impliquera une nouvelle restructuration hospitalière et ce, au niveau de tous les services sans exception, pastoral inclus.

Toutefois ne dramatisons pas. Ce que nous constatons présentement dans nos hôpitaux n'est que le miroir de ce qui se vit actuellement dans notre société québécoise, où la présence chrétienne y est également à redéfinir²¹. Cependant, ce premier point nous amène déjà à un premier constat : "*l'agir pastoral, en milieu hospitalier, n'est pas un acquis définitif*", mais bien quelque chose que toute la communauté chrétienne environnante se doit de soutenir et d'entretenir par des actions concrètes, en s'impliquant soit comme employé croyant et pratiquant ou encore comme bénévole auprès des malades, de nos malades. Et surtout, ce service, comme tous les autres, doit faire sa crédibilité et mettre en lumière ce qu'il peut apporter aux soins de santé.

¹⁸INTER/ACTION, journal d'information du ministère de la santé, vol.1, no.3, 1995, p.1.

¹⁹Idem, p.1 : "On appelle *chirurgie d'un jour*, une chirurgie requérant les installations d'un bloc opératoire et nécessitant une anesthésie générale ou locale qui, grâce aux progrès réalisés dans le domaine des techniques anesthésiques et chirurgicales, permet au patient de quitter l'hôpital, après l'intervention, le jour même de son admission".

²⁰Idem, p.1.

²¹Comité de recherche de l'assemblée des évêques du Québec sur les communautés chrétiennes locales, *Risquer l'avenir, bilan d'enquête et perspectives*, Montréal, Fides, 1992, p.17-23.

1.2-Pourquoi je parle ?

L'expérience que j'ai eue à vivre, à travers la maladie de mon épouse, m'a conduit dans un face à face avec le "Néant"²². Ce qui m'a amené à me questionner sur la vie et la mort. "L'homme, qui a fait une expérience, n'est plus le même qu'auparavant. Il regarde son monde d'une autre manière qu'il le faisait avant". Ces deux petites phrases de Bernhard Welte²³ décrivent très bien ma nouvelle façon de voir la vie, ainsi que la personne humaine fragile devant la maladie contre laquelle elle lutte et qui, pour certaines d'entre elles, est la bataille ultime. De plus, comme le dit André Malraux : "l'homme a beau être «le seul animal qui sache qu'il doit mourir» , il est aussi celui qui ne s'habitue ni à mourir ni à voir mourir"²⁴. L'expérience de la maladie éveille la quête de sens et rend utile et pertinent un accompagnement adéquat et une pastorale efficace, qui sache rejoindre l'humain avec ses questions, ses doutes, ses peurs, ses soifs, ses désirs, bref sa quête de sens et de spiritualité.

Chez la personne malade, l'hôpital opère un déracinement, une mise à l'écart. Elle est soustraite de son milieu familial, de son milieu de travail, de son environnement de tous les jours. Le malade, quel que soit le degré de sa situation, "*souffre de l'hospitalisation comme d'une mise à l'écart, comme d'une dévalorisation sociale*"²⁵. Du moment qu'un malade apprend qu'il est en danger, même s'il juge que sa mort n'est pas imminente, et même si à certains moments il reprend espoir, pour lui c'est tout un monde, son monde, qui bascule. C'est une souffrance morale, souvent intense, qui vient s'installer en plus de sa souffrance (maladie) physique. C'est pourquoi la personne qui a à affronter, à vivre une maladie grave et/ou la mort,

²²Dans le sens de : «ce qui n'est pas encore, ou n'existe plus», in *Le Nouveau Petit Robert*.

²³Welte, B., *La lumière du rien*, Montréal, Fides, 1989, p.22.

²⁴Malraux, A., *Les Noyers de l'Altenburg*, Paris, Gallimard, 1948, pp. 38, 241, 250.

²⁵Vimort, J., *Ensemble face à la mort*, Paris, Centurion, 1987, p. 97.

a un grand besoin de réconfort, de soutien, de présence et de chaleur humaine. Mais l'hôpital est un lieu froid, impersonnel, déshumanisé où c'est la "maladie" qui est traitée, soignée, auscultée, diagnostiquée, alors que la personne humaine passe, bien souvent, en second lieu. L'on y parle de maladies, de beaux cas, de budgets équilibrés²⁶ et de moins en moins d'êtres humains.

Le malade, le mourant, même s'il ne pratique plus depuis longtemps, même s'il se dit plus ou moins croyant, rendu à cette étape cruciale de sa vie, fait un retour à ses besoins primordiaux. Dans sa maladie, il vit une expérience. Il a le temps de penser, de faire le point sur sa vie. Il a besoin de se sentir encore bien vivant, dans une communauté d'appartenance, de se dire, de se livrer, de s'ouvrir. Il désire être entouré des siens et vivre pleinement sa vie, ou du moins ce qui lui en reste. Sa religiosité intérieure, son besoin de spiritualité peut reprendre sa place dans sa vie. Cette situation existentielle peut créer une ouverture au Divin et c'est ici que l'aumônier et/ou l'accompagnateur chrétien a un rôle à jouer, celui de lien, de trait d'union entre lui (le malade) et la communauté des croyants, entre lui et les autres membres constituant l'Église, le Corps du Christ²⁷.

Malgré la laïcisation de nos hôpitaux, malgré la baisse de la pratique religieuse, le malade en situation de maladie grave voire mortelle, même si sa pratique est déficiente, se tourne encore vers Dieu, croit encore en Lui, a toujours besoin de spiritualité²⁸. Tout cela m'a

²⁶Régulièrement, les médias nous annoncent que tel ou tel hôpital ferme des lits, afin de réduire ses dépenses et ainsi équilibrer son budget.

²⁷Rm 12,5 : "ainsi, à plusieurs, nous sommes un seul corps en Christ..." 1Co 6,15 : "Ne savez-vous pas que vos corps sont les membres du Christ ?" 1Co 12,27 : "Or vous êtes le corps de Christ..."

²⁸*Dictionnaire de la vie spirituelle*, Paris, Éditions du Cerf, 1983, p.1063 : "Elle met en lumière le besoin religieux de l'homme, qui risque d'être étouffé par la technologie, et rappelle que « être homme ne se limite pas à produire, ou à jouer au démiurge qui fonctionne, projette et transforme. Être homme signifie aussi savoir écouter le mystère des choses, contempler la réalité, retrouver l'unité avec la nature et avec soi-même, réfléchir sur le sens de l'existence à

fait comprendre et voir la nécessité d'un accompagnement pastoral en milieu hospitalier, car c'est à ce moment précis de la vie que les grandes questions existentielles viennent tout remettre en questions, où l'aide et la ressource pastorale sont nécessaires et désirées. C'est là que la "communion"²⁹ avec les "bien portants" est nécessaire, afin de se sentir toujours et encore comme étant un vivant parmi des vivants.

Tout cela, me conduit à un second constat, que j'emprunte à Jean Mahing :

"Lutter contre la maladie n'est pas suffisant. Il existe un autre domaine plus important : comprendre le malade qui souffre, qui voudrait parler de ses inquiétudes, de ses angoisses, de ses souffrances silencieuses et pour lesquelles on ne possède pas de moyens médicaux ou d'injections efficaces."³⁰

Il ne s'agit donc pas seulement de soigner les douleurs, mais il s'agit de partager tous les problèmes personnels du malade, du mourant. C'est ici que l'accompagnement pastoral trouvera toute son utilité et sa raison d'être.

1.3-Le lieu d'où je parle (le milieu).

Quelques mots sur le milieu. Le terrain principal de ma recherche se situera donc, comme déjà mentionné, à l'Hôtel-Dieu d'Alma. Cet établissement, d'une capacité de 246 lits³¹

travers des gestes et des rites symboliques» (J. Gevaert).

²⁹1Jn 1,7 : "...nous sommes en communion les uns avec les autres..."

³⁰Mahing, J., *Les mourants et la mort*, Revue Prêtre et Pasteur, novembre 1977, p.522.

³¹En date du 29 novembre 1995, les statistiques du centre nous révélaient qu'il n'y avait que 226 lits de dressés et de ce nombre, seulement 116 étaient occupés. Coupures obligent.

avant coupure, offre tous les services et chirurgies qu'un centre hospitalier, "situé en région éloignée des grands centres urbains"³², puisse offrir à sa population. Cependant, les chirurgies lourdes ou ultra-spécialisées sont dirigées vers d'autres établissements soit à Chicoutimi ou à l'extérieur de la région. Cela n'empêche pas qu'à tous les jours, des drames humains s'y déroulent et s'y vivent. La souffrance, tant physique, psychologique que morale y est bien présente. La mort y fait également son oeuvre et elle est, là aussi, difficile à accepter et à vivre. Nous y retrouvons donc une diversité de services, qui vont de la chirurgie d'un jour à l'hospitalisation de longue durée, en passant par la psychiatrie. Nous y rencontrons des personnes de toutes conditions, ayant des problèmes de santé allant du simple mal de gorge au cancer généralisé.

Pour compléter ma recherche et avoir un regard sur ce qui se fait ailleurs, j'utiliserai comme site secondaire, le Centre hospitalier de Métabetchouan. Ce dernier est un hôpital de longue durée pour personnes en perte d'autonomie partielle ou totale, d'une capacité de 125 lits. Cependant, lorsqu'un de ses résidents a besoin de soins plus spécifiques ou de chirurgie, il est déplacé vers l'Hôtel-Dieu d'Alma.

C'est donc à l'intérieur de ces murs que j'évoluerai durant ma recherche. J'y observerai ce qui est fait pour la personne malade et/ou mourante, par les différents intervenants et chercherai à connaître les attentes en accompagnement de toutes ses personnes en perte de santé et de vie, tout en ayant un regard tout spécial sur la présence et l'accompagnement pastoral.

³²Terme descriptif emprunté à : *La Gazette de la butte*, journal de l'Hôtel-Dieu d'Alma, vol. 27, n. 3, octobre 1995, p.5.

1.4-Les différents accompagnateurs (qui).

Les différentes formes d'accompagnement, que nous retrouvons en centre hospitalier, sont en lien direct avec les différentes professions ou catégories d'intervenants oeuvrant autour du malade. Mais avant de nous engager dans une définition des différentes formes et sortes d'accompagnements, regardons de plus près ce que signifie le mot "accompagner".

Accompagner, selon le dictionnaire, c'est "se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui, aller en compagnie avec". C'est aussi être copain avec lui (de l'ancien français «compain»)³³. Accompagner, c'est être et agir avec le malade et/ou la personne mourante. C'est une affaire d'amour, une aventure chaque fois unique, la personne humaine étant unique en soi. C'est également être capable de vivre avec l'autre l'instant présent de sa vie.

Accompagner une personne dans la maladie ou durant ses derniers instants de "vie terrestre", c'est accepter d'exister, d'être présence auprès de cette personne. "Exister", signifiant "être-pour-soi et pour l'autre" (Heidegger), "être auprès de l'autre par la communication" (Jaspers), "être possibilité" (Kierkegaard), "être projet" (Sartre)³⁴.

Accompagner, c'est marcher aux côtés d'une personne, connaître ses difficultés, ses

³³Gauvin, A., Régnier, R., *L'accompagnement au soir de la vie*, Montréal, Le Jour Éditeur, 1992, p.22.

³⁴Volant, E., *Des morales*, Montréal, Éditions Paulines, 1985, p.147.

épreuves, ses souffrances. C'est lui prodiguer une qualité de soins³⁵, d'écoute³⁶, de compréhension et d'amour susceptible de l'aider à atteindre l'objectif qu'elle s'est fixé, soit le retour à une meilleure santé ou encore de vivre une mort dans la dignité, pour la personne mourante. Accompagner, c'est être présent à ce qu'est le malade, à ce qu'il vit.

La personne humaine a besoin d'être accompagnée, car elle est un être social³⁷, un être de relation. Finalement, "accompagner peut prendre le sens de porter ensemble, avancer au rythme de la personne malade, la soutenir dans ce qu'elle est et avec ce qu'elle est"³⁸, dans ce qu'elle vit.

Suite à ces quelques définitions, qui pouvons-nous qualifier d'accompagnateurs-trices, dans un centre hospitalier ? De prime abord, je dirais que toutes les personnes appelées à intervenir auprès et pour les malades font bel et bien de l'accompagnement, mais qu'elles ne se considèrent pas nécessairement comme tel. Regardons-les séparément et de façon sommaire, afin de mieux les apprivoiser, avant de les entendre parler et se dire dans le second chapitre.

³⁵Potter, P., Perry, A., *Soins Infirmiers, Théorie et Pratique*, St.-Laurent, ERPI, 1990, p.812 : Ce qui implique entre autre que : "L'infirmière doit prendre conscience de l'interdépendance qui existe entre les aspects physiologique, psychosocial et spirituel du développement" de la personne malade qu'elle soigne. Ce qui est également bon pour tous les autres intervenants.

³⁶Riopelle, L., Grondin, L., Phaneuf, *Soins infirmiers : un modèle centré sur les besoins de la personne*, Montréal, McGraw-Hill, 1984, p.291 : "...la relation d'aide est un véritable soin et une communication thérapeutique..."

³⁷Blais, M., *Une morale de la responsabilité*, Montréal, Fides, 1991, p.153 : "Dire de l'être humain qu'il est social, c'est dire qu'il est fait pour la vie en société en tant qu'il a besoin des autres pour se réaliser, pour s'épanouir ou pour se développer selon toutes ses dimensions".

³⁸Delisle, I., *Les derniers moments de la vie, l'accompagnement de la personne mourante*, Saint-Laurent, ERPI, 1993, p.39.

1.4.1-Les infirmiers-ères.

De toutes les personnes travaillant dans un centre hospitalier, c'est l'infirmière³⁹ qui est la présence constante auprès de la personne hospitalisée. Elle est, pour ainsi dire, sur le front, en première ligne et ce, dans tous les services et départements d'un centre hospitalier. Pour faire une comparaison, je dirais que l'infirmière est à un centre hospitalier ce qu'est une mère à sa famille. L'infirmière est, parmi tous les intervenants, celle qui sera omniprésente⁴⁰ à la personne hospitalisée, tout au long de son séjour à l'Hôpital. L'infirmière est donc, pour ainsi dire, l'accompagnatrice par excellence du système hospitalier. C'est celle qui sert d'articulation avec et entre les autres services et intervenants du milieu.

1.4.2-Les médecins (et les spécialistes).

Le médecin, c'est la personne d'autorité dans un centre hospitalier. C'est celui qui ausculte, diagnostique et soigne. C'est également celui qui traite la maladie plus que le malade, dans bien des cas. Dans un hôpital général, le médecin est un "entrepreneur privé"⁴¹ dont les revenus dépendent de la somme de travail accompli : l'État lui fournissant un lieu de pratique, l'équipement, du personnel infirmier, et le payant à l'acte. Plus il en fait, plus son revenu est et sera élevé. Deux catégories de médecin se retrouvent ainsi en milieu hospitalier : ceux qui considèrent leur profession comme étant une vocation (celle d'aider et de soulager la personne souffrante) tout en gagnant leur vie, et ceux qui travaillent pour l'argent, qui traitent la maladie au détriment de la personne qui se trouve en avant d'eux. Les deux font de l'accompagnement, mais la qualité varie en regard de la motivation de la pratique médicale.

³⁹Ce terme inclura toujours son expression masculine.

⁴⁰In *Le Nouveau Petit Robert* : Dans le sens de : "qui accompagne partout".

⁴¹Villedieu, Y., "L'hôpital passe au bistouri", dans *L'actualité* / 1 er octobre 1995, p.18-23.

1.4.3-La famille (les accompagnateurs naturels).

Nous sommes portés à marginaliser le rôle de la famille auprès d'un malade, en centre hospitalier. Nous croyons, bien à tort, que le "système" prend automatiquement la relève, lorsqu'une personne est hospitalisée. Au contraire, la famille est et demeure le tissu humain de base du malade, surtout dans le contexte actuel. La composante familiale fait partie de l'être humain. Elle respire et elle vit à son rythme. Elle lui donne sens et, dans bien des cas, c'est elle qui l'aide à vivre et à passer à travers l'épreuve. La famille est donc à privilégier auprès de la personne malade, étant donné sa connaissance profonde de l'un des siens qui est en perte de santé. Un médecin m'avait déjà dit, à ce sujet : "La famille est le traitement par excellence auprès du malade. Sans elle il dépérit rapidement dans bien des cas"⁴². Mais il arrive des situations où le support familial est faible ou inexistant. D'autres réseaux s'avèrent alors de première importance, comme les auxiliaires bénévoles.

1.4.4-Les auxiliaires bénévoles.

À L'Hôtel-Dieu d'Alma, les auxiliaires bénévoles (environ 80 personnes) donnent, chaque année, plus de 10 000 heures de travail bénévole dans de nombreuses activités visant à agrémenter et à apporter un réconfort aux malades et à leur famille. Toutes ces personnes oeuvrent dans les comités suivant : comité des loisirs, comité de la coiffure, comité du café, comité de la boutique du souhait et comité de la bibliothèque⁴³. Ces hommes et ces femmes offrent des services permettant ainsi d'agrémenter le séjour des malades en milieu hospitalier. C'est donc une autre forme d'accompagnement qui est offert aux personnes hospitalisées.

⁴²Boucher, M., médecin généraliste au Centre hospitalier de Métabetchouan.

⁴³Ces renseignements ont été pris dans : *Le projet de toute une communauté*, Hôtel-Dieu d'Alma, octobre 1994, p.20.

1.5-Un regard particulier sur la composante pastorale.

Dans la section 1.4, j'ai tenté une définition de ce que veut dire "*accompagner*", dans le contexte qui m'intéresse et en lien avec la présente recherche. Puis, j'ai brièvement décrit les différents intervenants étant et pouvant être susceptible de faire un tel accompagnement. Il nous reste maintenant à décrire brièvement la composante chrétienne de l'accompagnement donné aux malades et mourants. Mais dans un premier temps, complétons notre définition, afin de donner une connotation "*pastorale*" à ce qu'est "accompagner".

Accompagner pastoralement, c'est être présent à la personne malade et souffrante ; c'est soutenir la marche finale (pour le mourant) de la personne humaine à travers la dernière étape de sa vie, où *l'être ancien (charnel)* qui est devant moi est en pleine mutation vers son aboutissement final qui est de devenir *l'être nouveau (spirituel)*. Dans l'accompagnement et à travers l'accompagnement pastoral, je marche avec un frère, une soeur qui est en route vers le mystère même de Dieu. Dans et à travers l'accompagnement pastoral, je cherche à soutenir la personne humaine dans la recherche, la découverte même d'un sens à la vie, à la mort.

Dans un accompagnement pastoral, je n'essaie pas de ramener ou d'attirer la personne à une *religion*⁴⁴, mais à une découverte ou à une re-découverte, qui est cependant marquée par une religion qui conduit à la découverte de ce qu'elle a été, de ce qu'elle est et du devenir vers où elle se dirige. C'est seulement après cette "re-découverte", que la religion⁴⁵ retrouvera toute sa signification pour le malade et/ou le mourant. Dans l'accompagnement pastoral d'un grand malade ou d'un mourant, j'accompagne celui ou celle qui est à sortir de la phase terrestre de

⁴⁴Dictionnaire Robert : "Une religion est un système de croyances et de pratiques, impliquant des relations avec un principe supérieur, et propre à un groupe social".

⁴⁵McBrien, R., Être catholique, tome 1, Paris-Ottawa, Le Centurion-Novalis, 1984, p.267 : "La religion répond manifestement à un besoin profondément enraciné en l'homme, besoin de trouver une signification à la vie, tout comme elle répond au besoin social correspondant, besoin d'une communauté qui partage et conforte cette signification".

sa vie pour pénétrer dans le mystère même de Dieu qui lui offre une vie nouvelle.

Accompagner pastoralement notre semblable en bout de vie, c'est l'aider à découvrir (ou re-découvrir), dans sa vie, l'action même de Dieu qui s'est manifesté à travers lui et en lui, tout au long de sa marche terrestre. De notre vivant, ce n'est que de dos⁴⁶ que nous pouvons découvrir, voir Dieu. Ce n'est qu'en nous retournant sur notre passé⁴⁷, pour le regarder, le scruter, l'étudier et le méditer, que nous pourrons y découvrir, y voir les signes de l'agir même de Dieu dans notre propre vie. C'est ce regard (en arrière et plus profond), cette vision de dos, que l'accompagnateur pastoral peut aider à faire vivre à la personne malade ou en bout de vie, pour qu'elle y découvre une trace⁴⁸ de l'agir de Dieu, de sa présence et ainsi lui faire voir, sentir que le Dieu de Jésus est prêt à la porter dans sa maladie, ou encore dans sa traversée finale qu'est la mort, pour l'accueillir dans son sein, donneur de vie éternelle.

L'accompagnateur pastoral n'est cependant pas un donneur de réponses. Au contraire, à travers le partage et le dialogue, il est un poseur de questions et les réponses, c'est la personne malade ou en fin de vie qui aura à les trouver, dans le regard qu'elle posera sur sa vie et ainsi y découvrir (révélation) un Dieu en marche vers elle.

L'accompagnateur pastoral est donc un témoin privilégié de l'évolution spirituelle de la personne hospitalisée, ou du passage que fait la personne mourante du négatif humain (sa finitude) au positif Divin (son plein accomplissement). Accompagner de façon pastorale, c'est donc soutenir, assister au changement qu'entreprend l'être humain à travers sa maladie ou dans sa fin de vie. De plus, cet accompagnement demande que l'on se place dans une

⁴⁶Ex 33,23 : “...puis, j'écarterai ma main et tu me verras de dos.”

⁴⁷1 R 14,9 : “...et moi-même, tu m'as rejeté derrière ton dos.”

⁴⁸Si 51,15 : “...depuis ma jeunesse, j'ai suivi sa trace”. Ps 17,5 : “j'ai marché sur tes traces, mes pieds n'ont pas chancelé”. Jb 23,11 : “Mon pied s'est agrippé à ses traces”.

disposition d'attention en présence de l'autre. «Chaque être», écrit la mystique Simone Weil⁴⁹, «crie en silence pour être lu autrement». Ainsi, comme le dit si bien Sylvain Néron⁵⁰: “Il nous faut entendre l'appel du malade qui souhaite être considéré autrement que dans le destin inéluctable de sa condition humaine”. Entendre ces voix exige un savoir-être et une présence, que seul l'Esprit Saint peut nous aider à acquérir, dans le développement des habiletés reliées à cette fonction.

L'accompagnateur du service de pastorale est donc une des personnes ressources qui amènera et aidera la personne malade ou en fin de vie à s'ouvrir, à être en attente car, dans la révélation chrétienne, comme l'histoire humaine nous le démontre, c'est Dieu lui-même qui vient vers l'homme. C'est justement dans cette situation de maladie ou de fin de vie, où la personne est dans un état de crise, de remise en question sur sa vie passée, sur ce qu'elle vit, dans l'impuissance de sa situation, que l'accompagnateur pastoral peut être d'un certain secours, afin d'aider cette personne à s'ouvrir à Dieu, à découvrir les traces⁵¹ de la présence agissante de Dieu tout au long de sa vie et à découvrir également sa présence dans l'acte final de sa vie. Regardons maintenant ce qui constitue la visibilité chrétienne et pastorale, à l'Hôtel-Dieu d'Alma.

1.5.1-L'équipe du Service de la pastorale.

Cette équipe est constituée d'une douzaine de personnes laïques et bénévoles, qui interviennent régulièrement pour assister et seconder les aumôniers du centre hospitalier, pour dispenser les sacrements, célébrer la messe, visiter les malades ou leur apporter diverses formes d'assistance religieuse, pendant leur séjour à l'hôpital. Ces personnes donnent le meilleur

⁴⁹Weil, S., *La pesanteur et la grâce*, Paris, Plon, 1988, p.152.

⁵⁰Néron, S., *L'art et les voix de l'accompagnement*, Montréal, Médiaspaul, 1995, p.134.

⁵¹Ibid 46.

d'elles-mêmes, ce qui permet de rehausser la qualité des services hospitaliers. Elles se présentent et agissent vraiment en enfant de Dieu (de par leur baptême), en témoignant de l'amour de Dieu pour tous les hommes.

1.5.2-Un diacre permanent.

L'Hôtel-Dieu d'Alma peut compter sur la présence d'un diacre permanent à temps partiel, mandaté par l'évêque, pour accompagner les malades en phase terminale, en étroite collaboration avec l'aumônier du lieu. À noter qu'il est présentement le seul à avoir ce mandat bien spécifique dans le diocèse de Chicoutimi.

1.5.3-Les aumôniers.

Le Centre Hospitalier d'Alma peut compter sur la présence d'un aumônier à temps complet (8h.à 4h.) et d'un aumônier suppléant⁵². Ces derniers voient à dispenser le service des célébrations sacramentelles, partie de l'accompagnement pastoral, à toute la population du centre hospitalier. Ils sont les coordonnateurs du service d'accompagnement pastoral.

1.6-Les réalités majeures qui ressortent suite à ce parcours.

Ce premier chapitre, nous aura permis une brève mise en perspective historique de notre service hospitalier. D'une structure dite "religieuse", nos hôpitaux se sont sécularisés⁵³ pour en venir, aujourd'hui, à une structure "sécularisée" où la personne humaine des débuts a été

⁵²Au Centre hospitalier de Métabetchouan, il n'y a plus qu'un aumônier à demi temps et un agent de pastorale à raison de 17 heures semaine.

⁵³*Le Nouveau Petit Robert* : «Passage d'un bien de communauté religieuse ou d'établissement ecclésiastique dans le domaine de l'État ou à une personne morale de droit public».

progressivement remplacée par la maladie, le “cas”. Ainsi, avec les années, nos hôpitaux se sont déshumanisés⁵⁴ et ces centres, qui ont pour mission première de redonner la santé, se sont graduellement refroidis. De ce fait, la personne humaine y est devenue, pour ainsi dire, un simple numéro. Ce survol nous aura également permis de dégager les paramètres de ce que seront, d’ici quelques années, nos hôpitaux, lorsque le virage ambulatoire et la chirurgie d’un jour auront été totalement implantés.

De plus, pour l’avoir personnellement constaté à travers mon travail d’accompagnement auprès des malades, je puis affirmer que le personnel hospitalier⁵⁵, quant à lui, sous la contrainte budgétaire des coupures de postes, de la redéfinition des tâches et de l’augmentation des responsabilités, s’éloigne de plus en plus, mais de façon involontaire, de la personne humaine, pour s’attarder davantage au côté technique, au traitement de la maladie, ce qui occupe désormais la quasi-totalité de leur quart de travail. Cet état de fait vient de l’application en milieu hospitalier, du taylorisme, cette philosophie d’organisation du travail qui morcelle les tâches pour optimiser le rendement.

Ainsi, dans ce premier chapitre, nous avons dégagé trois constats que je résume comme suit : le premier est que l’agir pastoral en milieu hospitalier n’est pas un acquis définitif, le second est que lutter contre la maladie n’est pas suffisant et, finalement, nous avons constaté que beaucoup de personnes oeuvrent auprès de la personne hospitalisée et ce, à différents niveaux.

Tout cela nous conduit au questionnement suivant, auquel nous tenterons d’apporter une réponse dans les chapitres subséquents :

⁵⁴Derousseaux, L., *On ne meurt pas seul*, Paris, Le Centurion, 1980, p.13 : “...et l’hôpital est sans doute devenu inhumain, puisqu’on parle de l’« humaniser ».”

⁵⁵Principalement les infirmiers et infirmières.

Dans un contexte de compressions budgétaires, de réduction de personnel, d'augmentation des tâches de travail, de virage ambulatoire et de chirurgie d'un jour, y a-t-il encore une place pour la pastorale hospitalière et plus précisément pour un accompagnement pastoral à l'aube du 21ème siècle ?

Dans ce contexte de sécularisation, où la performance, la technique et la rentabilité règnent en roi et maître, savons-nous encore faire de la place à l'être humain en perte de santé ? Savons-nous encore être à son écoute ?

Tous ces intervenants, tant professionnels que bénévoles, qui s'activent autour de la personne malade, sont-ils toujours conscients du rôle qu'ils ont à jouer auprès du malade, en tant qu'intervenants humains et pour plusieurs comme croyants ? Ont-ils toujours le temps, les connaissances et les outils nécessaires pour accomplir cette tâche ?

À l'aube du 21ème siècle, où en est l'accompagnement pastoral dans nos hôpitaux ? Comment définir cette présence auprès de la personne malade ? Est-elle toujours réelle et en santé ? Comment se situe l'accompagnement pastoral au sein des divers accompagnements que reçoit le patient de la part des divers intervenants en milieu hospitalier ?

CHAPITRE SECOND

“L’ÉCOUTE DU MILIEU”

Le précédent chapitre nous aura permis de prendre contact avec le milieu où se situe ma recherche. J’y ai fixé le lieu d’où je parle, avec un bref rappel historique nous permettant de mieux cerner l’objet de la recherche et de préciser pourquoi je parle. J’y ai également décrit, de façon sommaire, les différents intervenants mis en cause, tout en y définissant ce qu’est l’accompagnement et particulièrement l’accompagnement pastoral, pour terminer avec les questions majeures qui viendront porter et alimenter ma recherche.

Le présent chapitre permettra une réponse partielle à mes questions, à partir du point de vue des différents intervenants rencontrés. Mes sources d’informations ont été les suivantes:

mes observations personnelles du milieu¹, mon contact avec le personnel hospitalier², des entrevues et discussions menées auprès d'infirmières et de médecins, des confidences et témoignages de la part des accompagnateurs naturels, d'un questionnaire soumis à des étudiantes en nursing du Cégep d'Alma³, d'un questionnaire présenté aux bénévoles auxiliaires, aux membres du service de la pastorale⁴ et aux aumôniers de l'Hôtel-Dieu d'Alma⁵. Cependant, étant donné les tâches différentes qu'ils ont à accomplir et afin d'avoir une vision plus claire de ce qu'ont à nous dire les différents intervenants, nous les aborderons séparément.

De plus, afin d'avoir une meilleure compréhension de ce qui est fait pour la personne malade et/ou mourante, nous ferons la navette entre le Centre hospitalier de Métabetchouan et celui d'Alma, où nous pourrions ainsi avoir une vision plus juste des différentes interventions qui sont faites auprès des personnes hospitalisées, soit chroniques, de séjour temporaire et en phase terminale que nous retrouvons dans les deux premières. Nous pourrions ainsi observer des comportements et façons de faire différents, en relation avec le milieu où nous nous trouvons.

¹Je fais de l'accompagnement des malades en tant que diacre permanent avec un mandat pastoral depuis plus de 5 ans.

²De l'Hôtel-Dieu d'Alma et du Centre Hospitalier de Métabetchouan.

³Voir : annexe 1, de la page II à V.

⁴Voir : annexe 2, de la page VI à XV.

⁵Voir : annexe 3, de la page XVI à XVIII.

2.1-Les infirmières⁶.

Pour débiter cette section, permettez-moi de revenir sur mon récit d'introduction⁷. Lorsque mon épouse est tombée subitement malade, c'est là que j'ai senti, pour la première fois, toute la froideur de l'hôpital. C'est là que je me suis senti impuissant devant ce qui arrivait à mon épouse. De plus, personne ne se préoccupait, ne s'occupait de moi, c'est-à-dire de l'état d'inquiétude et de panique dans lequel je me trouvais alors. Cela, je dois l'avouer, m'avait beaucoup frustré. Mais aujourd'hui, avec un recul et cinq années en accompagnement des malades, je dois avouer que : ce qui a été fait, à ce moment là, c'est ce qui se devait d'être fait sur le plan médical. En état d'urgence, c'est la personne malade ou plutôt "le cas présent", qui compte. C'est une course à la "sur-vie", qui s'enclenche. Ce sont ces premières minutes, d'une course incertaine, qui décideront du devenir du patient. Ce mode d'intervention médical relève du spécifique d'un centre hospitalier.

Ce qui a été fait a été très bien fait. Mais après, une fois stabilisée, je constate toujours qu'il y a eu un manque du côté accompagnement. Mon épouse a été soignée oui et elle a eu droit à une excellente présence "médicale", mais la présence "humaine" et "pastorale" ont été déficientes et cela se passait en 1988, bien avant les coupures de toutes sortes et la multitude de virages. Elle a été soignée et suivie de façon professionnelle du côté médical. Son cas a été un beau cas. Mais la dimension humaine, la dimension spirituelle de la personne n'a pas été soignée ou entretenue. Et ses proches (moi et les enfants) ont été laissés à eux-mêmes, en situation de crise.

En 1997, rien de nouveau, si ce n'est la multitude de fermeture de lits⁸, de coupures de

⁶À noter que ce terme inclura toujours son expression masculine.

⁷Voir introduction, page 1 à 3.

⁸Plus que 125 lits sur les 246 du début de l'hôpital.

postes et de virages de toutes sortes qui sont entrepris. Au mois de février dernier, j'ai rencontré, à l'Hôtel-Dieu d'Alma, un jeune homme de 37 ans, qui a eu à vivre une expérience semblable à celle de mon épouse. Lui aussi, tout en reconnaissant qu'il avait été très bien soigné, déplore cependant le fait que les dimensions humaine et spirituelle de son être n'aient pas eu les soins et les attentions auxquels il aurait été en droit de s'attendre. À un moment donné de notre conversation, il m'a dit ceci :

“Si j'avais pu leur laisser ma jambe, je crois bien que j'aurais pu sortir de l'hôpital, sans problème. Quelque fois, j'avais l'impression que ce n'était que ma jambe qui était soignée, comme si je n'y étais pas. Heureusement que ce n'est pas toutes les infirmières qui sont ainsi. On aurait dit, pour certaines d'entre elles, que ça les tannait de me soigner, tandis que d'autres prenaient le temps de me sourire, de me parler, de m'encourager. Pourtant, j'étais toujours dans le même hôpital, le même département.”

Ce second récit vient donc renforcer mes dires, à savoir que oui, la maladie est bien soignée en milieu hospitalier, mais que les dimensions humaine et spirituelle⁹, de la personne malade, laissent beaucoup à désirer. J'irais même jusqu'à dire qu'elles sont les enfants pauvres de notre système de santé au Québec.

Tournons-nous maintenant du côté des infirmières. Ces dernières sont des professionnelles ayant beaucoup de contact avec le malade, et elles sont les seules à offrir une présence continue dans les soins offerts dans un centre hospitalier. Nous pouvons même dire que l'infirmière a une relation intime avec le malade et sa famille, par sa position. Mais pouvons-nous dire, pour autant, qu'elles font de l'accompagnement, auprès des patients

⁹Potter, P., Perry, A., *Soins Infirmiers, théorie et pratique*, St-Laurent, ERPI, 1990, p. 6 : “l'infirmière doit connaître les besoins spirituels généraux du client et aider celui-ci à les satisfaire.”

qu'elles rencontrent et soignent ? Pouvons-nous dire qu'être infirmière, c'est encore une vocation ou simplement une profession ? Ont-elles les conditions pour assurer une présence humaine aux patients qu'elles traitent sur le plan technique ?

Les infirmières essaient bien d'être à l'écoute des malades, de prendre un peu de temps pour parler avec eux, les reconforter mais, comme certaines me le disent, elles n'ont pas toujours le temps de s'arrêter pour cela. Elles vont pour faire une prise de sang, donner une injection, administrer un médicament, puis elles filent vers un autre patient. L'une d'entre elles me disait : "Nous sommes débordées. Avant les coupures, nous avions du temps à donner à la personne elle-même mais, à présent, c'est plus difficile". Pour vérifier ce qu'il en est, nous allons les observer et écouter ce qu'elles ont à nous dire.

La première personne que nous écouterons est un infirmier que j'ai rencontré au Centre hospitalier de Métabetchouan. Un garçon en amour avec sa profession, en amour avec les gens qu'il soigne, des personnes âgées en fin de vie. Ce qui suit, ce ne sont que des bribes, des passages de conversations que nous avons eu ensemble et où il exprime très bien ce qu'il ressent. Écoutons-le :

"Moi, c'est par amour que je suis devenu infirmier. Je ne veux pas passer pour une "Mère Thérèse", mais c'est comme cela. Je peux dire que j'ai été appelé à devenir infirmier. Souvent, j'arrive avant mon quart de travail ou quitte plus tard, pour aller voir un patient, d'une façon plus personnelle, parler et même, prier quelquefois avec lui ou elle. J'admets que je suis un cas et bien souvent, cela fait rire mes collègues de travail qui disent : "tiens, y est encore ici".

Moi, je suis croyant et c'est ma façon de rendre vivante, de mettre en pratique la Parole de Dieu. Ces gens là, ont tellement besoin de présence, de chaleur humaine, de réconfort, d'écoute. Malgré tout le monde qui gravite autour d'eux, ils sont

terriblement seuls.

Plusieurs infirmiers-ères le font comme métier, comme profession. Ils font du 8 à 4, comme on dit et c'est tout. Ils font ce qu'ils ont à faire et ils le font très bien mais pas plus. Cependant, il y en a beaucoup qui font plus. Une attention à un, prendre le temps d'en écouter un autre...

Moi, ça m'a pris du temps avant de me considérer comme étant un "accompagnateur". Je me disais qu'un infirmier ça soigne. Mais à la longue, je me suis sensibilisé à la détresse de la personne humaine. Après tout, c'est un être humain qui est malade et non le contraire.

Aujourd'hui, je me décris toujours comme un infirmier, mais un infirmier qui fait un bout de chemin avec une personne malade, qui a besoin d'attentions particulières. J'accompagne donc un malade. Cependant, ce n'est pas tous les infirmiers qui raisonnent ainsi et c'est regrettable. Avec les coupures que nous subissons constamment, il est de plus en plus difficile de se pencher sur la personne humaine car notre temps de travail devient de plus en plus contingenté, minuté...

Aujourd'hui, dans une démarche "monétaire", il est très facile d'en venir à oublier le patient lui-même. Nous calculons, nous coupons mais en même temps, nous déshumanisons nos soins de santé au profit de la productivité et de la rentabilité".¹⁰

Pour soutenir et appuyer ce que vient de nous livrer Réjean, je me permets de citer Dr Claude Lamontagne :

"L'infirmière, au plan médical, assure une

¹⁰Réjean Desbiens était infirmier au Centre Hospitalier de Métabetchouan. Il est décédé le 4 sept. 1993.

présence beaucoup plus importante en ce qui concerne le temps passé auprès et avec le patient. Son travail, son "accompagnement" est plus visible et palpable que le nôtre et il devra être mieux défini car la personne est un être complexe et c'est sa totalité qui doit être traitée, soignée, accompagnée".¹¹

Ces deux personnes, que je viens de citer, viennent de nous confirmer, à leur façon, ce que les deux récits avaient fait ressortir, notamment que c'est l'être humain en sa totalité qui se doit d'être soigné et non une partie d'un tout qui est à soigner, comme la médecine a actuellement tendance à le faire. Poursuivons donc notre recherche.

Au Centre Hospitalier de Métabetchouan, la relation infirmière/patient est encore porteuse de fruits. Mais pour combien de temps ? De par la situation même des patients, qui sont en longue durée, les relations humaines sont plus faciles à construire et, par le fait même, plus vivantes. Chaque infirmière connaît ses malades, ainsi que la famille et les personnes qui leur rendent visite. Une sorte de complicité s'établit entre eux. Il est même courant de voir une infirmière prendre de son temps pour parler avec un patient, le reconforter et même, quelquefois de réciter une prière avec lui.

Mais, là aussi, les coupures font leurs oeuvres et ce sont les relations intimes avec le malade qui s'amenuisent doucement, sans trop nous en rendre compte. À preuve, cette infirmière qui se livre :

"Aujourd'hui, avec ce qui se passe dans la réorganisation du Centre Hospitalier, nous sommes de plus en plus débordées dans notre travail. Notre charge de travail ayant considérablement

¹¹ Claude Lamontagne, méd. Maison Michel Sarrazin, centre de soins palliatifs pour cancéreux mourants. Professeur à l'Université Laval en médecine familiale, dans : Radio Documents de SRC radio, *Aujourd'hui la mort, PSY. 10, émission 3, du 15 février 1994.*

augmenté, cela nous laisse plus ou presque plus de temps pour parler avec le malade et l'accompagner, comme je le faisais lorsque j'ai débuté ici.

Moi, j'en suis venu à ne plus regarder le patient lorsque je vais, par exemple, lui installer un soluté ou vérifier un instrument, par crainte de devoir lui parler et ainsi, retarder mon travail et manquer de temps."

À l'Hôtel-Dieu d'Alma, la situation est cependant plus dramatique, par le fait que la clientèle n'y demeure que pour une période limitée dans le temps. Une dame est décédée. Personne ne pouvait rester près d'elle. Il y avait bien quatre personnes dans le département, mais toutes, étaient occupées à différentes tâches. Cette personne est donc morte seule, sans présence humaine et spirituelle pour l'accompagner. La raison que l'on donne est un manque de ressources et de personnel.

Écoutons ce qu'a à nous dire soeur Gérardine Larouche, infirmière, du temps où sa communauté administrait l'Hôtel-Dieu :

"Ce n'est tellement pas comme dans notre temps. Nous, les soeurs, quand un malade était sur le point de quitter la vie, nous nous installions près de lui et nous l'accompagnions jusqu'à la fin. L'heure du souper passait, mais la priorité était au malade."¹²

Aujourd'hui les priorités ont changé. Le personnel fait du " 8 à 4 ", il a son temps de repas fixe, la pause café du matin et celle de l'après-midi. La fin du chiffre arrive, on laisse tout et c'est le départ. Je ne veux pas dire par-là, que les infirmières d'aujourd'hui sont moins

¹²Soeur Gérardine Larouche, dans : *L'art et les voix de l'accompagnement*, de Sylvain Néron, Montréal, Médiaspaul, 1995, p.113.

bonnes ou compétentes qu'autrefois, loin de là. Mais les priorités des gens d'aujourd'hui ont changé et elles sont déterminées par la vie de chacune d'entre elles et par l'organisation du travail. Il y a la famille, les relations sociales, les cours des enfants, les loisirs, les vacances...

Toutefois, pendant toutes ses heures de travail, l'infirmière offre un service de très haute qualité. J'affirmerais même qu'elle offre une présence exceptionnelle, malgré toutes les exigences de la profession. Toutes ces infirmières, dans une très large proportion, ont vécu ou vivent l'expérience d'être mère. Avec leurs enfants, elles acquièrent l'expérience de l'écoute attentive et de la confiance. Cette expérience, elles l'utilisent de façon tout à fait naturelle avec les malades qu'elles soignent. Elles deviennent ainsi, une confidente, une conseillère, une accompagnatrice hors pair. Écoutons cette autre infirmière :

“Je puis vous dire que lorsque vous savez être attentif avec les personnes que vous soignez, elles se confient à vous. De plus, lorsqu'elles nous connaissent bien, elles nous racontent toute leur vie, comme le fait l'enfant avec sa mère. On ne les questionne pas, cela vient d'eux-mêmes.

Les malades, on voit qu'ils ont vraiment besoin de se confier, de se dire, d'avoir quelqu'un près d'eux, en qui ils ont confiance. Cela, toutes les infirmières peuvent vous le confirmer. Mais pour ce qui est du côté spirituel, ce n'est pas pareil. À ce moment-là, cela dépend beaucoup de nos propres croyances.

Si tu ne crois pas ou que tu ne pratiques pas, tu n'auras pas la même approche que si tu es croyante et pratiquante. Pour prier, parler de Dieu, faut y croire, sans quoi nous ne sommes pas honnêtes avec la personne malade ni avec nous-mêmes.

Moi, je sais bien que lorsque je ne suis pas capable de répondre convenablement ou que je vois que mon patient ne semble pas satisfait de ma réponse, je lui dis que je vais en parler à l'aumônier ou encore je lui demande s'il désire qu'il passe le

voir. Après tout, l'aumônier est là pour ça."

Les temps d'écoute et d'accompagnement, l'infirmière en a plusieurs qui lui sont offerts tout au long de sa journée de travail. Chaque acte infirmier qu'elle accomplit, lui en donne l'occasion. En donnant un bain à un malade, par exemple, l'infirmière observe l'état de sa peau, mais profite aussi de ce temps précieux pour l'écouter parler de ce qu'il ressent et de ce qu'il vit. Il s'agit d'une écoute attentive et non sélective, qui peut se faire pendant tous les soins physiques.

Ces moments d'écoute sont finalement assez nombreux chez chacun des malades hospitalisés. Nous n'avons qu'à penser à la distribution des médicaments, de la prise de tension, de l'installation d'un soluté, du changement d'un pansement, de la levée d'un patient... Ce sont tous des moments que l'infirmière devrait privilégier et où elle pourrait être à l'écoute de l'autre, sans pour autant empiéter sur son temps de soins aux autres malades. Mais, tout de suite, je me permets de citer l'intervention spontanée d'une autre infirmière, qui a plus de 25 ans de pratique :

"L'infirmière ne se fera jamais reprocher de ne pas avoir pris son temps pour jaser avec un patient, mais elle se fera mettre immédiatement sur le nez le fait de ne pas avoir donné ou d'avoir retardé la distribution d'un médicament.

D'où l'empressement de l'infirmière à remplir les consignes médicales avant toutes autres choses. De plus, la tâche de l'infirmière, augmentant, suite aux coupures de postes, elle aura de moins en moins de temps pour l'accompagnement humain et encore moins pour l'accompagnement spirituel ou pastoral."

Que dire, de cette autre infirmière qui s'exprime ainsi :

“J’ai l’impression de ne plus être capable d’accomplir mon travail avec soin. Je dois de plus en plus faire les coins ronds. Je dois souvent faire des actes d’une façon très rapide. Des fois, je me sens inhumaine d’agir comme je dois le faire aujourd’hui, si je veux rencontrer les objectifs qui me sont demandés de réaliser.

La qualité des soins que nous donnons aujourd’hui aux patients, suite au virage et aux coupures, est de beaucoup inférieure à ce qu’elle était, il y a quelques années.”¹³

Nous pouvons donc constater, que l’infirmière a bel et bien conscience du rôle primordial qu’elle a à jouer auprès de la personne malade par la position privilégiée qu’elle occupe depuis toujours dans le système hospitalier. Cependant, la pression en provenance de l’administration se fait de plus en plus sentir, pour que la dimension médicale soit privilégiée, alors que l’écoute et l’accompagnement (tant psychologiquement que spirituellement) sont relégués au second plan et ce, lorsqu’il reste du temps pour le faire. Cela m’amène donc maintenant à me pencher sur ce que l’infirmière reçoit comme formation spécifique, au niveau collégial, pour venir en aide à la personne malade, du côté spirituel, voire pastoral et surtout sur l’évolution des conditions de travail et des définitions de tâche.

Les ouvrages en soins infirmiers ont longtemps négligé l’aspect spirituel des soins¹⁴.

¹³Ces propos ont été recueillis à l’antenne de Radio Canada Télévision, à l’émission *Le Point* du 12 juin 1997.

¹⁴Potter et Perry, *Soins Infirmiers, théorie et pratique*, St-Laurent, Éditions du Nouveau Pédagogique inc, 1990, p.811.

Mais actuellement, plusieurs volumes de cours¹⁵, ce qui m'a agréablement surpris, traitent désormais ce sujet, cette dimension de l'être humain qui était laissée pour compte. On apprend aujourd'hui à la future infirmière à traiter l'ensemble de la personne¹⁶. On lui montre à intervenir auprès de cette dernière, par différentes techniques d'interventions et de relations d'aide, tant aux niveaux psychologique, sociologique que spirituel. Elle se doit de connaître les besoins spirituels généraux du malade et aider celui-ci à les satisfaire au mieux de sa connaissance.

Ces ouvrages¹⁷ viennent faire comprendre à la future infirmière que, lorsqu'elle dispensera des soins à un patient, de par son comportement ou son questionnement, elle pourra très bien se rendre compte que certains problèmes spirituels existent chez le malade, et ainsi elle pourra en parler avec lui ou encore lui proposer de faire venir soit l'aumônier ou un membre du comité de pastoral.

Selon une étude de Highfield et Cason¹⁸ : « la plupart des infirmières spécialisées, ne savaient reconnaître que moins d'un tiers des problèmes spirituels des clients ». C'est pourquoi l'infirmière devrait toujours s'enquérir auprès du patient de ses besoins spécifiques du point de vue spirituel. Mais malheureusement, cela ne se fait que dans de rares cas comme, par exemple, pour le sacrement des malades, lorsque ce dernier est à l'article de la mort.

¹⁵Papalia et Olds, *Le développement de la personne*, 3e édition, Laval, Études Vivantes, 1989, p.547 à 568 ; Potter et Perry, *Soins Infirmiers, théorie et pratique*, St-Laurent, ERPI, 1990, chapitre 31, la santé spirituel, p.811 à 823 ; Berger et Mailloux-Poirier, *Personnes Âgées, une approche globale demarche de soins par besoins*, Laval, Études Vivantes, 1989, chapitre 21, agir selon ses croyances et ses valeurs, p.501 à 538.

¹⁶Potter et Perry, *Soins Infirmiers, théorie et pratique*, St-Laurent, ERPI, 1990, p.812 : «L'infirmière doit prendre conscience de l'interdépendance qui existe entre les aspects physiologique, psychosocial et spirituel du développement».

¹⁷Voir note 15.

¹⁸Highfield et Cason, «Spiritual needs of patients : are they recognized ?», *Canc Nurs*, 6(3) : 187, 1983.

L'infirmière devrait davantage se conscientiser sur le fait qu'elle est celle qui peut le plus intervenir auprès de la personne hospitalisée et ce, à tous points de vue, même si cette dernière n'est pas croyante ou pratiquante. Comme le dit Dickenson : "la fonction spirituelle est inhérente aux soins infirmiers"¹⁹. Cette fonction devrait être rappelée de façon régulière aux infirmières.

Une autre étude, celle de Piles²⁰, a défini le rôle de l'infirmière dans les soins spirituels. À l'aide d'un questionnaire, 300 infirmières ont été choisies au hasard, à raison de 75 infirmières pour chacune des quatre régions de la National League for Nursing des États-Unis. Des 300 répondantes, 96,5% étaient d'avis que les soins holistiques comprenaient les soins spirituels, 86,6% étaient en désaccord avec l'affirmation que seuls le clergé et les prêtres peuvent dispenser des soins spirituels, 65,9% sentaient qu'elles n'étaient pas bien préparées pour les dispenser, et 89,2% ont recommandé que les soins spirituels soient inclus dans les programmes de formation en soins infirmiers. De plus, les répondantes ont dit que le manque de temps (87,1%) et le manque de connaissances (70,6%) étaient les seuls obstacles à la prestation de soins d'ordre spirituel.

Chez nous, certaines (pour ne pas dire la majorité) infirmières considèrent qu'elles ne peuvent donner de soins spirituels que si elles en ont le temps. De plus, bon nombre d'entre elles, se disent non-croyantes ou non pratiquantes. Un exemple concret : jusqu'en 1994, chaque département se chargeait de préparer la liste des patients qui désiraient recevoir la communion. Un beau jour, une infirmière a déclaré ne plus avoir de temps pour le faire. Tout bonnement, la direction du nursing a avisé l'aumônier, qu'étant donné les charges accrues et le manque de personnel, que les infirmières ne prépareraient plus cette dite liste. Cela ne représentait même

¹⁹Dickenson, S.C., «The search for spiritual meaning», *Am Nurs* 75(10) : 1789, 1995.

²⁰Piles, C., *Spiritual care : role of nursing education and practice : à needs survey for curriculum development*, thèse de doctorat inédite, St-Louis, St-Louis University, 1986.

pas 15 minutes par semaine par département²¹. Alors qu'advient-il des soins spirituels et de la pastorale une fois le virage hospitalier complété ? L'aumônier devra-t-il se faire "devin", afin de savoir et connaître laquelle des personnes malades a un besoin spirituel et pastoral, qu'il pourrait venir combler ?

L'attention à la spiritualité ne devrait pas et ne doit pas être laissée au seul service de pastorale, tout comme les soins destinés à la santé psychosociale du malade ne sont pas un domaine spécialisé, réservé exclusivement aux psychiatres. Sur le plan spirituel, tout comme sur les autres plans, l'infirmière aide et devra toujours aider le malade à se sentir bien et à s'accomplir dans la totalité de son être.

Pour compléter cette section, je suis allé rencontrer quelques étudiantes infirmières du Cégep d'Alma²², pour leur proposer un petit questionnaire²³, afin de voir comment elles considéraient le rôle de l'infirmière et comment, elles y percevaient le côté spirituel.

Voici donc ce qu'il en est ressorti. L'infirmière, en plus d'être une soignante, est également une psychologue, une confidente et une accompagnatrice (100% des répondantes). De plus, elles disent devoir respecter le côté religieux et spirituel de la personne malade (100%). Elles ont déclaré qu'elles se devaient de soigner et de considérer la totalité de la personne (100%). Cependant, 80% d'entre elles considèrent que l'infirmière a beaucoup moins de temps qu'avant, à accorder à l'individu, pour lui parler et le réconforter. Elles affirment qu'il est de mise qu'une infirmière puisse parler de religion, mais que la présence religieuse en milieu hospitalier avait beaucoup moins sa place qu'autrefois (60%). Finalement, 50% d'entre elles croient encore que l'accompagnement pastoral du malade a des effets bénéfiques

²¹Cet exemple a été obtenu de l'abbé Gaston Blackburn, aumônier en 1994 à l'hôtel-Dieu d'Alma.

²²Soit 18 étudiantes de première et deuxième année.

²³Voir annexe 1, p. II à V.

sur sa santé mais avec beaucoup de réserve, disant que c'est la médication qui va guérir la personne malade et pas autre chose. En plus, plusieurs m'ont fait remarquer que la formation au niveau spirituel était insuffisante, que le sujet n'était que survolé. Ce petit questionnaire aura permis de constater que l'étude de Piles, précédemment mentionnée²⁴, s'appliquait également à nos hôpitaux.

Pour conclure ce parcours, que nous avons fait avec les infirmières, nous pouvons constater que ces dernières font bel et bien, en plus des soins aux malades, de l'accompagnement et cela, malgré le peu de temps qu'elles aient pour le faire. Nous avons également constaté que c'est à travers les actes médicaux qu'elles apportent une écoute, un soutien, un accompagnement et même une certaine aide spirituelle et pastorale aux patients qui en font la demande. Nous pouvons également dire que la reconnaissance de la dimension spirituelle de la personne se reflète, chez l'infirmière, dans le respect qu'elle accorde à la personne, à la vie, à la liberté du malade, à sa façon d'accompagner et au sens qu'elle donne à son travail. Une ombre, la réorganisation des soins, commandée par un souci économique, a un impact sur la tâche des infirmières qui leur laisse de moins en moins de temps pour la présence humaine aux personnes. La dimension technique de leur tâche mange tout leur temps.

En terminant, j'aimerais mentionner que l'Hôtel-Dieu d'Alma vient de publier un "code d'éthique"²⁵, dans lequel il est affirmé ce qui suit : "la personne malade a droit, entre autre, au «*respect de ses croyances*», a le «*droit à sa pratique religieuse*» et que le personnel se doit de lui en faciliter l'usage". C'est donc sur cette note d'optimisme que je conclus cette section, tout en espérant que ce document ne devienne lettre morte.

²⁴Voir texte de la page 43, ainsi que la note de bas de page no 20.

²⁵Hôtel-Dieu d'Alma, *CODE D'ÉTHIQUE, un cadre de référence à notre façon d'agir et d'être avec l'utilisateur*, Alma, octobre 1994, p.6.

2.2-Les médecins.

L'histoire de la médecine, de la spiritualité et l'histoire de l'homme se confondent dans la nuit des temps. Écoutons, à ce sujet, Kenneth Walker :

“Tous ceux qui ont étudié l'histoire de la médecine primitive, ont observé que le médecin fut avant tout un prêtre et que ses devoirs religieux et médicaux étaient intimement mêlés. Ainsi, en médecine, l'importance relative de la religion et de l'art de guérir, a varié selon les époques. Tantôt c'était l'un de ces éléments qui primait, tantôt l'autre. Dès le XVII^e siècle, la coupure commence à se faire sentir, entre le médecin et le prêtre. Au cours des siècles qui suivent, les médecins deviendront de plus en plus matérialistes dans leurs conceptions de la maladie et des soins à prodiguer, pour l'enrayer ou du moins l'atténuer”²⁶.

C'est ainsi, qu'au cours des siècles, le fossé n'a cessé de s'élargir entre la science médicale et la science religieuse. La première devenant une quasi-religion et la seconde du quasi-folklore : le médecin prenant le contrôle, le monopole du physique et le prêtre celui du spirituel. Ainsi, en sommes-nous arrivé au cloisonnement de la personne humaine, à son partage. Mais aujourd'hui, de plus en plus de médecins se rendent compte du fait qu'il est impossible de continuer à négliger tant la dimension sociologique, psychologique que la dimension spirituelle de la personne malade²⁷, constatant que la médecine n'a pas toujours réponse à toutes les questions.

²⁶Walker, K., *Histoire de la médecine, des pratiques anciennes aux découvertes les plus modernes*, Verviers (Belgique), Éditions Gérard et Cie, collection marabout université no 11, 1962, p. 10.

²⁷Boisvert, M., «Quo vadis», in *Revue Frontières*, volume 5, numéro 3, hiver 1993, p 8.

Dans ce nouveau contexte, qu'en est-il du médecin ? Où se situe-il ? Est-il, tout comme l'infirmière, un accompagnateur ? A-t-il un rôle à jouer, à l'égard de la spiritualité de la personne hospitalisée ? A-t-il un lien quelconque avec la pastorale hospitalière ? C'est ce que je tenterai de découvrir, d'établir dans cette présente section.

Comme je l'ai mentionné précédemment²⁸ : « le médecin, c'est la personne d'autorité dans un centre hospitalier. C'est celui qui ausculte, diagnostique, soigne, traite la maladie... » Mais son travail, se résume-t-il qu'à cela ? Pour avoir une réponse à cette question, je suis allé rencontrer le docteur X²⁹, médecin au Centre hospitalier de Métabetchouan. Voilà ce qui est ressorti de cette rencontre :

“Au départ, je dirais que l'on ne peut pas faire vivre et partager aux autres, ce en quoi l'on ne croit pas. Nous pouvons être un excellent médecin, mais si la dimension humaine, la personne elle-même ne nous rejoint pas, nous ne pouvons pas être un médecin complet.

Moi, j'ai toujours été à l'écoute de la personne. Je soigne la maladie oui, mais je prends également de mon temps, pour parler avec le malade, l'écouter... C'est un choix que j'ai fait, une façon de faire que je me suis donné, dès les débuts de ma pratique médicale.

Aujourd'hui, j'exerce dans un centre où il y a deux groupes de patients. Le premier étant des personnes âgées et malades, le second groupe étant des malades chroniques. Tous étant en perte d'autonomie plus ou moins sévère. Pour ces gens, l'aspect relationnel et spirituel est aussi important que la maladie qui les accable. Cela, me demande donc une approche médicale toute spéciale avec ce

²⁸Voir le point 1.4.2 à la page 23.

²⁹J'utilise la lettre X afin de conserver la confidentialité du médecin.

genre de patient. Ce qui m'a amené à faire mien, ce vieil adage médical : «Guérir rarement, soulager souvent, reconforter toujours». J'ai donc adhéré à cette manière d'affirmer que la médecine, tout en cherchant à soigner, à servir les meilleurs intérêts de la personne malade, reconnaît la personne comme étant une totalité.

J'admets cependant que, pour beaucoup trop de médecins, cette façon de faire est inexistante. Beaucoup de médecins s'occupent trop de l'organe malade que de ce qui est vécue par le patient lui-même. Néanmoins, je ne désespère pas, car suite aux nombreuses études qui se font, il est de plus en plus reconnu et admis que la médecine se doit de revenir à la personne dans sa totalité. Il est prouvé, aujourd'hui, que soigner une maladie, soulager la douleur, exige une attention spéciale et entière à la réalité de toute la personne que le médecin a à traiter et ça inclus, comme je te l'ai dit tout à l'heure, la dimension spirituelle.”

Le docteur X est estimé au plus haut point par ses patients, de même que par leur famille. Pourquoi ? C'est tout simplement parce qu'il sait véritablement accompagner la personne malade, qu'il s'investit complètement. Il sait être attentif à ce que vivent ses patients, non seulement dans leur maladie, leurs souffrances, mais bien dans la totalité de leur être, dans tout ce qu'ils sont. Il parle ouvertement de religion avec ses patients et ces derniers apprécient grandement cette ouverture avec leur médecin. Je puis dire que les autres médecins, qui viennent au Centre hospitalier de Métabetchouan, ont une approche qui ressemble passablement à la façon de faire du docteur X.

Il faut dire qu'à cet endroit, les bénéficiaires y étant pour une assez longue période³⁰, les médecins, tout comme les autres membres du personnel, ont amplement de temps pour les connaître, connaître leur famille. Ils en viennent, pour ainsi dire, à faire partie de la famille du

³⁰Soit jusqu'à la fin de leur vie, s'il n'y a pas de trop grosses complications médicales.

patient lui-même. Il y a également un genre de complicité qui s'établit entre le malade et son médecin, ce que nous ne rencontrons pas toujours dans un hôpital de médecine générale.

À l'Hôtel-Dieu d'Alma, le contexte est totalement différent. Ici, le médecin soigne plus la maladie ou le membre malade, que l'ensemble de la personne hospitalisée. Cependant il y a une raison à cela : Le malade étant peu longtemps à l'hôpital, le médecin, comme l'ensemble du personnel, n'a pas toujours le temps nécessaire pour établir une véritable relation de confiance et d'ouverture avec les patients. Par contre, je trouve que bien souvent le médecin ne prend pas suffisamment le temps pour permettre à son patient de s'ouvrir, de lui parler. C'est plutôt le genre : « Comment ça va aujourd'hui ? Avez-vous pris vos médicaments ? Avez-vous mal ? » Et quelques autres questions de ce genre, permettant une investigation rapide et superficielle. De plus, le médecin étant passablement bref dans ses visites (quelques minutes tout au plus), si le patient ne prend pas la peine de noter (par écrit) ses questions, il n'aura pas le temps de les formuler et d'en discuter avec son médecin traitant, ce qui est un manque flagrant d'écoute et d'accompagnement.

Cependant, ne généralisons pas trop rapidement. S'il y a des médecins qui fonctionnent, pour ainsi dire au son du "clic-clic" de la carte soleil, plusieurs autres prennent le temps de parler, d'écouter, d'échanger avec leurs patients, de respecter ce qu'ils sont et ce qu'ils vivent. À cette fin, je me dois de citer ce fait que j'ai eu à vivre et qui m'a agréablement surpris. En voici le détail :

«J'étais auprès d'une personne malade (cancer en phase terminal) et je parlais avec elle ou plutôt, je l'écoutais se dire, se livrer. Je me trouvais seul avec elle, lorsque son médecin, une femme dans la trentaine, donc jeune médecin, entre dans la chambre, pour la voir.

Voyant que j'étais diacre, par ma croix et mon insigne, elle me dit : «non non, ne vous dérangez pas, elle a autant besoin du médecin de l'âme que

du médecin du corps» et elle est ressorti en précisant qu'elle reviendrait plus tard.”

N'est-ce pas rassurant de voir, de savoir que de jeunes médecins, respectant leurs patients en tant que personne, considèrent encore la religion, la spiritualité comme faisant encore et toujours partie prenante de l'être humain ? Qu'ils considèrent la spiritualité comme étant tout aussi importante pour le malade qu'ils soignent, que la médecine qu'ils pratiquent? Que dire encore, du médecin qui dit à son patient :

“Si vous êtes croyants, demandez l'aide du Ciel car je ne puis rien vous garantir.”

Cette toute petite phrase est plus souvent dite que nous pouvons le penser. Ce médecin, par son comportement, son attitude, son approche envers la personne qu'il soigne, a su être franc et réaliste envers son patient. Pour moi, ce médecin a accompli un acte que je qualifierais de “pastoral”³¹. Par sa façon de faire, de décrire la situation, il a su présenter à son patient non pas un Dieu magicien, mais un Dieu aidant, un Dieu réconfortant, qui pouvait l'accompagner dans sa maladie autant sinon plus que la médecine pouvait le faire dans son cas à lui. Ce médecin a su ainsi faire comprendre que la médecine n'était pas toute puissante et qu'il était bon de demander l'aide de Dieu, encore de nos jours.

Cette façon de faire et d'agir, de ces différents médecins que je viens de faire intervenir, se trouve appuyé, renforcé par un médecin de réputation internationale, en la personne du docteur Xavier Emmanuelli³². Voici ce qu'il pense du rôle du médecin, de la médecine et de la place qu'elle prend actuellement dans notre société:

³¹Dans le sens qu'il porte, qu'il aide, qu'il encourage, qu'il accompagne son patient.

³²Le docteur Xavier Emmanuelli est français. Il est le fondateur de l'organisme international “Médecins sans frontières” et en France, de “Samu Social” qui existe depuis 1995, dans la région de Paris.

“Faudrait que le médecin arrête de penser qu’il guérit. Le médecin n’est pas un magicien. Le médecin soigne, assiste, aide, soutient, accompagne. Il se doit d’être compatissant avec la personne malade qui lui est référée. Le malade guérira, si son système fonctionne adéquatement, suite aux soins qu’il aura reçus.

Le système est devenu trop administratif et déshumanisant, dans bien des établissements. Il n’y a plus ou très peu de place pour l’humanisme et encore moins pour le spirituel, dans nos établissements de soins de santé.

L’homme est sur terre pour faire de vraies rencontres et, pour le médecin, c’est dans les soins qu’il prodigue, qu’il saura faire les plus grandes.

La médecine se devra de revenir en arrière, afin de soigner l’ensemble de la personne hospitalisée et non seulement ce qui fait problème physiquement.

En occident, l’ensemble des services de santé est en perte d’efficacité et s’éloigne de plus en plus du pourquoi ils ont été créés, soit d’être au service de la personne humaine dans son entièreté³³.

La médecine moderne serait-elle devenue à ce point technique³⁴ qu’elle exclut, par nécessité, l’humanisme dont elle aurait pourtant si besoin pour rendre plus chaleureuse son approche de la personne ? La médecine moderne obséderait-elle le médecin au point qu’il oublie quelquefois le malade ?

³³Ces propos ont été recueillis à l’antenne de TV 5 (la télévision internationale), le 24 avril 1996, à l’émission «Entretien avec...» où Mme Michèle Cédric s’entretenait avec le docteur Xavier Emmanuelli. Une émission produite par «Centre R.T.B.F., Bruxelles, 1995.

³⁴Taylor, C., in *Grandeur et misère de la modernité*, Montréal, Bellarmin, 1992, en page 17 nous dit ceci : “...la technologie médicale conduit souvent à négliger les soins qu’exige le traitement d’un patient en tant que personne possédant une vie propre et non pas en tant que site d’un problème technique. La société et le corps médical sous-estiment le rôle des infirmières qui apportent ce contact humain dont manquent les spécialistes enfermés dans un savoir technique.”

À ces deux questions, je dirais que oui. À plusieurs occasions, le médecin est porté à se retrancher derrière la science, afin de se soustraire à l'émotion qu'il a à vivre, face à la souffrance, la maladie et le désarroi de ses patients.

Toutefois, ces quelques médecins, que nous avons entendus, nous démontrent bien qu'il y a possibilité de coexistence, dans nos hôpitaux, de la technicité et de l'humanisme, de la médecine et de la pastorale, sans que l'une étouffe, vienne en conflit ou paralyse l'autre.

Pour ce faire, cela demandera des énergies qui devront sans cesse être renouvelées, repensées, pour ne pas dire réinventées, indépendamment du lieu, des intervenants et des personnes malades qui ont besoin que le système hospitalier leur prodigue des soins qui engloberont la totalité de leur être. Cela ne veut pas dire pour autant que la médecine ait à ralentir sa progression. Au contraire, c'est une invitation à plus de sciences, de recherches mais également à plus d'humanisme et de spiritualité, pour le bien être de la personne malade et sa guérison plus harmonieuse.

La médecine est indubitablement à un tournant, quant à l'ouverture qu'elle fait actuellement, tant au plan social qu'au plan spirituel, dans sa relation avec les malades en milieu hospitalier. Il reste cependant beaucoup à faire, pour que les médecins actuels acquiescent à cette nouvelle façon de faire, à cette nouvelle approche. En effet, encore trop souvent, entre la personne malade et son médecin, c'est une relation de direction et d'autorité qui s'installe, alors qu'elle se devrait d'en être une d'accompagnement et de soutien. C'est un peu du "bon vieux médecin de famille", que la médecine moderne devrait réintégrer à sa façon de faire et d'être avec le malade, dans le but de "ré-humaniser" ses soins, d'y mettre plus de chaleur, d'écoute et de disponibilité, dans une relation de franchise et d'ouverture. En d'autres termes, rendre la médecine plus pastorale.

Pour appuyer mes dires, j'aimerais amener ici le témoignage d'un médecin, qui travaille

tant au niveau des soins en milieu hospitalier que de l'enseignement. Celui-ci considère qu'il y a encore beaucoup à faire pour humaniser nos soins de santé au Québec, se faire plus attentif à la personne malade. C'est le docteur Claude Lamontagne³⁵ et il s'exprime ainsi :

“Personnellement, il y a longtemps que j'ai accepté l'impuissance de la médecine à guérir tous les maux. Toutefois, cela m'a pris un certain temps avant d'admettre que l'hôpital n'était pas un milieu naturel pour les personnes malades et surtout pour les mourants. C'est un endroit où le malade est coupé, la plupart du temps, de ses proches et entouré d'une technologie qu'il ne connaît pas ou très peu.

Selon les facultés de médecine que je connais, il y a encore très peu de formation au sujet de la souffrance et de la mort, et encore moins sur la spiritualité du malade. Moi, ce que j'enseigne aujourd'hui à mes étudiants, c'est qu'ils doivent situer leur rôle auprès des personnes souffrantes comme étant global ; ils doivent considérer le patient non seulement dans ses dimensions biologiques mais aussi dans ses dimensions psychosociales.

Le médecin a non seulement un rôle technique d'évaluation diagnostique et de traitement médicamenteux, mais il doit en outre se considérer partie prenante des gens qu'il accompagne, qu'il supporte. De plus, le médecin doit se préoccuper d'accompagner le malade dans ce qu'il est et dans ce qu'il a vécu car un des dangers de la médecine est de créer des cadres dans lesquels on essaie de faire entrer les patients.

Dans le monde médical d'aujourd'hui, des changements doivent être apportés. Ainsi, le rôle

³⁵Le docteur Claude Lamontagne est membre du personnel médical de la Maison Michel Sarrazin, un pavillon de soins palliatifs pour cancéreux mourants. Il est également professeur agrégé, à l'Université Laval, en médecine familiale.

du médecin doit d'abord se redéfinir dans un sens beaucoup plus large. Il doit se définir non seulement dans sa capacité et sa puissance de guérir, mais il doit revenir jusqu'à un certain point à la tradition hippocratique du pouvoir soulager, du pouvoir accompagner et supporter les malades. C'est un rôle que la médecine a malheureusement laissé à d'autres."³⁶

Le docteur Yves Quenneville³⁷ va dans le même sens, en nous rappelant que différents cours et sessions sont actuellement offerts³⁸, par nos universités, pour la formation des infirmières, des étudiants en médecine, ainsi qu'en pastorale, mais que ce n'est encore qu'un minimum. La formation des médecins, ajoute-t-il, laisse encore à désirer. Il continue en affirmant : "Il y a des bénévoles qui sont mieux formés que des étudiants en médecine pour accompagner nos personnes malades et nos mourants"³⁹.

Que conclure de cette courte incursion dans l'univers du médecin ? Que penser de la façon de faire de nos médecins à l'égard de leurs patients ? Personnellement, je crois que nous pouvons de plus en plus qualifier le médecin d'accompagnateur auprès de ses patients, même s'il y a encore beaucoup d'énergie à déployer, à soutenir pour arriver à bon port. J'ai remarqué que les jeunes médecins qui pratiquent actuellement, sont en grande majorité près de leurs patients.

³⁶Lamontagne, C., in Radio-Documents de SRC radio, *Aujourd'hui la mort*, PSY. 10, émission 3, du 15 février 1994.

³⁷Le docteur Yves Quenneville est psychiatre, directeur-adjoint du centre d'oncologie et directeur-adjoint de l'unité des soins palliatifs de l'hôpital Notre-Dame de Montréal.

³⁸Comme : un diplôme de second cycle en études interdisciplinaires sur la mort (30 crédits), offert par l'UQAM, ou encore le 11^e congrès international sur les soins aux malades en phase terminal, qui s'est tenu à Montréal, du 7-11 septembre 1996 et où il y aura été question de recherche, d'enseignement, de dimensions spirituelles, de questions médicales, de bénévolat...

³⁹Savard, D., «Au-delà des bonnes intentions», entrevue avec Yves Quenneville, in *Revue Frontières*, volume 5, numéro 3, hiver 1993, p14-20.

Tous ont une écoute assez respectueuse et attentive envers les patients qu'ils accompagnent, qu'ils assistent vers la guérison ou encore vers leur fin de vie. Toutefois, ils devraient investir un peu plus de temps, de présence auprès de leurs patients, tout au moins ceux en ayant le plus besoin. N'est-ce pas cela qu'a fait le Bon Samaritain⁴⁰ en investissant de son précieux temps pour un étranger blessé ? Cette façon de faire et de soigner, de nos médecins, je la qualifie donc d'accompagnement. Je me permets d'aller encore plus loin, en la qualifiant d'accompagnement "pastoral", non au sens strictement religieux, mais à celui d'humain. Pourquoi ? C'est que la maladie n'est pas la définition d'une personne et qu'avant d'en arriver au côté religieux de l'être humain, nous nous devons d'approcher, de rejoindre son côté humain. Pour clore cette section, cette pensée qui résume très bien ce que se doit de guérir le médecin, à travers l'accompagnement de ses patients :

«J'ai connu la souffrance,
j'en ai conclu
que la blessure du corps se
cicatrise et s'oublie,
que la blessure du coeur
attriste et s'estompe,
que la blessure de l'âme
s'incruste et demeure.»⁴¹

2.3-Les accompagnateurs naturels.

Ici, je ne désire nullement faire un procès d'intention à l'égard des accompagnants naturels. Ce que je souhaite tout simplement faire ressortir, c'est l'importance qu'ils ont, auprès de leurs malades. En effet, tout au long de sa vie, l'être humain vit, grandit et évolue parmi les siens et avec les siens. Dès sa naissance, il est porté, bercé, consolé, encouragé, par

⁴⁰Luc 10,29-37 : la parabole du bon samaritain.

⁴¹Gagnon-Thibaudeau, M., *Une histoire tendre*, Chicoutimi, Éditions J.C.L., 1994, texte en 4iem de couverture.

sa mère, son père, sa famille et ses amis. C'est, comme le dit Monbourquette, "tout un système de support que l'être humain se bâtit, tout au long de sa vie, avec ses parents et amis"⁴².

Ce sont les proches, quoi que l'on puisse dire, les véritables accompagnateurs de la personne hospitalisée. Effectivement, les proches tout comme les soignants, nous souligne Marcel Boisvert, "doivent aider le malade dans sa quête (sa recherche) du respect de soi-même, lequel suppose un infini respect du malade, de ses valeurs et croyances ; ils l'aident en l'accompagnant dans ce qu'il vit"⁴³. C'est donc dans et à travers la cellule familiale (première communauté d'appartenance), que la personne hospitalisée devrait trouver les appuis nécessaires pour l'aider à surmonter sa maladie, sa souffrance et son angoisse, tant physique, psychologique que spirituelle, avant de se tourner vers une autre forme d'accompagnement, de soutien autre que strictement médical.

À voir des familles entières accompagner et soutenir l'un des siens, souvent je me suis dit que nous n'avions pas d'affaire auprès de ces malades, qu'ils disposaient de tout l'accompagnement dont ils avaient besoin. Même si je dois reconnaître qu'il y a beaucoup de familles brisées, disloquées, désarticulées, je dois admettre qu'il y a également énormément de familles qui sont solidaires du parent malade, que la chaleur familiale y est toujours bien présente, bien vivante. À plusieurs reprises, j'ai été témoin de solidarité familiale, où le malade était entouré d'affection, d'amour, de compréhension et cela sans mots dire. C'était le coeur qui parlait, qui écoutait, qui répondait.

Pourtant, les accompagnateurs naturels, ne sont pas toujours des personnes qui ont été préparées, formées pour faire de l'accompagnement. Malgré tout, ces personnes sont des experts. Elles le sont, dans leurs façons de faire et d'agir, étant donné qu'accompagner ce n'est

⁴²Monbourquette, J., *Grandir (l'art de transformer une perte en gain)*, St-Jean-sur-Richelieu, Les Éditions du Richelieu, 1984, p.69.

⁴³Boisvert, M., «Quo Vadis», in *Revue Frontières*, vol 5, no 3, hiver 1993, p.9.

pas savoir “quoi faire” mais “être”. Être, c’est en effet ce que la famille sait le mieux faire pour l’un des siens, puisqu’elle a su le suivre, lui être présente depuis sa toute première heure sur cette terre. De plus, être présence à l’autre, c’est l’acte premier de toute humanité et de toute spiritualité et, par le fait même, l’acte par excellence de la pastorale hospitalière, sujet de la présente recherche.

Revenons quelque peu sur mon récit d’introduction⁴⁴, la maladie de mon épouse. Pendant toute la durée de son hospitalisation, je l’ai visitée, accompagnée et soutenue sur le chemin de la guérison. Au début, aux soins intensifs, je l’encourageais, la réconfortais, je luttais avec elle. Je lui disais de s’accrocher, de demander à Dieu de la guérir ou du moins de lui redonner la santé. Cet accompagnement “marital” était également chrétien, par notre foi commune. Je puis également affirmer que ma présence, mon accompagnement fut un accompagnement pastoral, en me référant à la définition suivante : “l’accompagnement pastoral représente « l’accueil, l’amour, l’aide » offerts au nom de Jésus-Christ...”⁴⁵. De plus, comme le dit Thérèse Miron⁴⁶ : “accompagner un proche «dans» la foi, c’est accepter toute son humanité et surtout la nôtre”⁴⁷.

Cette attitude, cette façon de faire et d’être, que j’ai eue à l’égard de mon épouse, je la retrouve aujourd’hui dans bien des chambres d’hôpital, où familles et amis viennent visiter, réconforter, soutenir voire accompagner leurs malades. Il est vrai qu’au départ, cette présence, cet accompagnement est “humain” et que ce sont les liens familiaux et amicaux qui sont à

⁴⁴Voir introduction en pages 1 à 3.

⁴⁵Soeur Cécile Labonté, «L’évaluation de la qualité en pastorale : est-ce réalisable ?», in *De l’aumônerie d’hôpital au service de pastorale*, sous la direction de Robert Giguère, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993, p.110.

⁴⁶Théologienne. Journaliste à Radio-Canada, émission «Religions et Sociétés».

⁴⁷Miron, T., «L’accompagnement non professionnel d’un mourant», in revue *Prêtre et Pasteur*, novembre 1995, p 588.

l'origine de ces visites. Cet accompagnement devient "chrétien" par la croyance et la pratique de chacun et chacune. Il devient "pastoral", je dirais, dans la façon même de faire du chrétien envers un des siens, par ses gestes, ses paroles réconfortantes et quelquefois par les prières qui sont dites avec le malade.

À l'Hôtel-Dieu d'Alma, la quasi-totalité des malades reçoivent effectivement de la visite de la part de leurs proches et amis. Plusieurs ne sont que des visites de courtoisies ou d'obligation familiale ou sociale. Tout de même, de celles-ci, un bon nombre viennent vraiment soutenir et réconforter la personne malade et plusieurs (habituellement les proches) accompagnent d'une façon toute particulière le malade. De plus, si le malade et les personnes l'accompagnant sont chrétiens et pratiquants, on les entend invoquer Dieu, Marie ou encore un saint en qui ils ont une dévotion toute spéciale, afin de demander le soutien dans l'épreuve de la maladie, tant au niveau psychologique que spirituel.

Du côté du Centre hospitalier de Métabetchouan, centre de longue durée, la situation est cependant bien différente. Effectivement, un bon nombre de ces patients sont plus ou moins oubliés par leur famille et quelques-uns le sont totalement. Ce n'est pas drôle de voir, par exemple, un vieux d'environ 70 ans qui a eu 12 enfants et qu'aucun ne vient plus visiter. Où est la "pastorale familiale", dans ce cas bien précis ? Que dire de cette autre personne, paralysée de la tête aux pieds et qui a, pour seule visite, une amie d'enfance qui vient occasionnellement, sa propre famille ne voulant plus rien savoir d'elle ? La raison donnée par la famille, c'est qu'il a été un cas problème quand il était avec eux. Où est le pardon fraternel ? Où est le réconfort de la famille ? Combien d'autres personnes malades dans le même cas je pourrais vous décrire. Heureusement, pour ces malades délaissés, il y a des personnes bénévoles qui viennent les visiter, les accompagner, qui viennent suppléer à l'absence de ces familles. Je reviendrai sur ce point au chapitre troisième.

Il est certain, que nous ne pouvons forcer personne à visiter leurs parents hospitalisés.

Cependant, nous ne devrions pas laisser les choses ainsi. Une personne ressource, tel un psychologue, un sociologue ou encore l'aumônier du centre devrait rencontrer ces personnes (les accompagnateurs naturels), afin de les amener à résoudre le problème existant, au profit du malade, afin de rétablir les ponts avec celui qui a besoin qu'on le visite, qu'on l'aime comme il est, qu'on l'accompagne. Un gros travail est à faire de ce côté là, je l'admets, mais combien il serait utile, pour le malade laissé seul à lui-même.

En terminant cette section, je voudrais faire ressortir que ce groupe de personnes, que nous qualifions "d'accompagnateurs naturels", est celui sur lequel nous avons le moins de "contrôle". Je m'explique. Le personnel hospitalier (infirmières, médecins et autres) est formé comme intervenant professionnel. Il possède les outils et les ressources nécessaires pour une intervention rapide, efficace et soutenue. De même, comme nous le verrons plus loin, l'ensemble des intervenants bénévoles ainsi que les aumôniers ont une "certaine" formation et un encadrement assez bien soutenu dans leur accompagnement.

Les accompagnateurs naturels sont, quant à eux, confrontés à une situation subite et bien souvent imprévisible. C'est pourquoi, une attention et une aide toute spéciale devrait être offerte⁴⁸ à ce groupe de personnes qui est très fragile au niveau émotif, cela afin de les aider à accepter et comprendre ce qui arrive et ainsi, être en mesure de soutenir leur intervention, auprès de «leur» malade. Ce service n'est actuellement pas offert dans les deux centres qui nous intéressent dans ce présent mémoire.

2.4-Les bénévoles auxiliaires.

Dans les points précédents nous avons traité de la façon de faire et d'accompagner des

⁴⁸Cela se fait quelque peu par les infirmières et l'aumônier du centre hospitalier. Toutefois, plusieurs personnes m'ont confié qu'ils auraient apprécié la présence d'une équipe de gens pour les soutenir et les aider dans ce qu'ils vivaient.

professionnels de la santé, ainsi que de celle des proches (les acc. naturels). Nous avons pu ainsi nous rendre compte que les professionnels de la santé, en raison de leurs multiples fonctions, ne peuvent rester penchés sur le malade de façon continue. Le proche, quant à lui, même si nous le qualifions “d’accompagnateur naturel”, par sa position même et les émotions qui l’habitent, ne peut pas toujours être présent physiquement et émotionnellement auprès de son parent malade et souvent il aura besoin d’aide, de soutien voir de réconfort pour lui-même.

C’est donc ici, qu’intervient le bénévole⁴⁹, cette troisième catégorie d’intervenants, d’accompagnants auprès de la personne hospitalisée et, par extension, auprès des proches. Tout de suite je m’empresse de préciser que même si je qualifie les bénévoles de “*troisième catégorie d’intervenants*”, cela ne veut absolument pas dire pour autant que ce soient des personnes que l’on utilise comme “bouche-trous”⁵⁰.

Les bénévoles sont en fait des auxiliaires⁵¹. Ils ont un rôle de “complémentarité” à jouer, tant auprès du malade que de la famille du malade. Dans bien des cas ils peuvent ou pourraient même apporter un support non négligeable aux professionnels de la santé. Andrée Gauvin⁵² va jusqu’à les qualifier “*d’indispensables bénévoles*”. Regardons, sans plus de détours, ce que

⁴⁹Du *Nouveau Petit Robert* : «qui fait sans obligation; à titre gracieux; sans y être tenu».

⁵⁰Du *Nouveau Petit Robert* : «Personne, objet n’ayant pas d’autre utilité que de combler une place vide».

⁵¹Définition provenant de “*Le Nouveau Petit Robert*” : «Utilisé en second lieu, à titre de secours. Utilisé en complémentarité. Qui s’ajoute à une autre pour la fortifier. Personne qui aide en apportant son secours. Est un collaborateur».

⁵²Membre de l’équipe de soignants, de l’Unité des soins palliatifs à l’Hôpital Notre-Dame de Montréal, elle était intervenante au «1^{er} congrès international sur : “les soins aux malades en phase terminale”», qui s’est tenu du 7 au 11 septembre 1996, au palais des congrès de Montréal. Elle est intervenue lors du module : “Soins palliatifs : vue d’ensemble et principes de base”.

sont et font les bénévoles auxiliaires⁵³ dans les deux institutions mises sous observation aux fins du présent ouvrage.

2.4.1-À l'Hôtel-Dieu d'Alma.

À l'Hôtel-Dieu d'Alma, en 1995, les bénévoles auxiliaires comptaient plus de quatre-vingts (80) membres qui donnaient, chaque semaine, quelques heures de leur temps, dans de nombreuses activités⁵⁴ visant à agrémenter et à apporter un réconfort aux malades et à leur famille. Toutefois, ces activités étaient en grande partie confinées à l'Unité de soins de longue durée. Avec la restructuration hospitalière, la chirurgie d'un jour et les différents virages entrepris par le centre hospitalier, ce département de longue durée a été fermé, un étage complet a été réorganisé en chirurgie d'un jour et un autre en unité de soins psychiatriques. Ces chambardements auront désorganisé ce groupe de personnes qui axait son bénévolat (plus de 80% de son temps) en regard des personnes âgées, en séjour de longue durée tout spécialement. Ce groupe de personnes est actuellement à repenser son implication auprès des malades.

Aux fins de la présente étude, je me suis quand même permis de leur soumettre un petit questionnaire⁵⁵ pour ainsi en savoir un peu plus sur ce qu'ils sont, comment ils se situent vis-à-vis la personne malade et sa famille, de même que la relation qu'ils entretiennent avec le personnel hospitalier du centre. Pour débiter, je dois admettre avoir été déçu par le nombre de questionnaires qui m'ont été retournés complétés. Sur une possibilité de 35, je n'ai finalement reçu que 17 questionnaires complétés. J'ai beaucoup hésité avant de les utiliser. Cependant,

⁵³À noter que le comité de pastorale, quoi que faisant partie des bénévoles auxiliaires, en raison de sa spécificité, sera traité séparément au point «2.5».

⁵⁴Comité des loisirs, comité de la coiffure, comité du café, comité de la boutique de souhaits, comité de la bibliothèque et la visite de «certains» malades.

⁵⁵Voir annexe 2, pages VI à XV.

par respect pour ceux et celles ayant investi de leur temps à y répondre, voici ce qui en ressort.

À l'Hôtel-Dieu d'Alma, les auxiliaires bénévoles sont des femmes (97%), âgées de 55 ans et plus (92%). Elles sont croyantes et pratiquantes de façon régulière, dans une proportion de 88%. De leur nombre, seulement 12% font de l'accompagnement auprès des malades, les autres n'offrant que des services tels que la coiffure, une boutique de souhait et la gestion de la bibliothèque. Une seule personne possède une formation spécifique (certificat en gérontologie et approche du mourant) pour faire de l'accompagnement.

De façon unanime, pour elles, c'est la personne humaine avant tout qui prévaut et ils disent n'avoir aucune réticence, face à la maladie. Je me permets de citer ici une des personnes interrogées, qui résume très bien l'ensemble des réponses (questions 6 et 7) :

“Que nous soyons jeunes ou vieux, nous sommes tous vulnérables devant la maladie. Alors pour moi, il faut d'abord rassurer cette personne. L'amour et la compréhension l'aideront. Il faut qu'elle garde au fond de son coeur cette petite lumière d'espoir. Pleine de confiance, elle pourra affronter sa maladie et accepter, peut-être, l'inévitable.

Pour le moment, je n'ai pas vraiment de réticence. Je suis avec des personnes aux soins prolongés qui ont des maladies “normales”. Le cancer ne m'effraie pas mais je ne sais pas comment je réagis devant une personne atteinte du sida. L'inconnu fait toujours peur un peu. Au fond de moi, je crois que je me comporterais comme avec les autres”

À savoir si elles parlent de Dieu ou prient avec le malade (Q. 9-10), les réponses ont été négatives à 70% et 65%, à moins que le malade lui-même en parle. Autrement, elles disent que c'est la responsabilité de l'aumônier, qu'il est là pour ça.

Les questions 11 et 12 permettent de voir que, même du côté des bénévoles, (même si elles sont toutes croyantes et pratiquantes) l'on fait une distinction très nette entre "service des auxiliaires" et "service de pastorale". Voici ce qu'elles disent :

"Le service des bénévoles a pour but d'améliorer la qualité de vie de l'usager, lui apporter un peu de joie et de réconfort, ainsi que de l'amour, de la chaleur humaine, des distractions et des petites douceurs."

"Le Service de pastorale, quant à lui, apporte un support moral et religieux, qui pourra redonner espoir. Les gens de la pastorale prient avec les malades et font de l'écoute."

Il est étonnant de voir que même les auxiliaires bénévoles font une distinction si marquée entre elles, comme si la dimension spirituelle de l'être humain était à gérer d'une façon toute autre que la dimension sociologique et psychologique de la personne malade. C'est probablement pour cela que les auxiliaires bénévoles ont pour l'instant de la difficulté à se trouver une nouvelle orientation, à l'Hôtel-Dieu d'Alma à travers tous ces changements. Elles donnent une demi-journée de leur temps par semaine.

Les questions suivantes viennent renforcer ce qui a été dit précédemment. Pour les bénévoles (Q.15), les personnes hospitalisées attendent de l'aumônier des visites d'amitié, la célébration des offices religieux, l'administration des sacrements. Avec lui, la personne malade aborde plus facilement le sujet de la prière, de Dieu, de la mort. Elle attend du prêtre beaucoup de support moral et religieux.

Les répondantes associent, de façon unanime, l'accompagnateur chrétien au prêtre, pour les services offerts par ces derniers, soit la prière et la dimension spirituelle de la personne hospitalisée. Les auxiliaires bénévoles, quant à elles, seraient là pour la dimension strictement humaine, comme la chaleur humaine, l'attention, l'aide, l'écoute. Les répondantes font une

distinction très nette entre ce qu'elles font et ce que fait le Service de la pastorale, comme si une frontière quelconque délimitait leurs interventions respectives.

Les questions «18 à 21» viennent cependant nous démontrer qu'il y a unanimité dans la façon de faire des différentes intervenantes bénévoles. En effet, pour une majorité (82%), ce sont les valeurs évangéliques qui sont à véhiculer par l'ensemble des accompagnateurs et que la morale qu'elles se doivent d'avoir se doit également de s'y rapprocher. Tout cela, se doit d'être fait (Q. 21) dans le respect de la personne humaine, avec discrétion et franchise.

La question 22 nous apporte autant de réponses qu'il y a eu de répondantes. Cependant, toutes sont devenues bénévoles pour aider, se rendre utiles. Plusieurs ont eu à accompagner un proche et, par la suite, ont offert leur service pour en aider d'autres. Je me permets ici de reproduire en partie une des réponses qui, je crois, vient dire le pourquoi et en même temps ce qu'est accompagner pour elles :

“Un jour, j'entre dans une chambre. Monsieur X est dans une chaise roulante et essaie de prendre son peigne dans le tiroir. Je lui dis : «attendez, je vais vous aider et en plus, c'est moi qui va vous peigner aujourd'hui». Tout en le peignant, je me sens troublée et je dis : «oh ! Mais vous avez de beaux cheveux comme papa !». Il m'a regardé avec des yeux pleins de tendresse. J'ai cru voir les yeux de mon père ! J'étais émue et il m'a dit : «par chance qu'on vous a vous, les bénévoles».”

Pour elles, accompagner c'est donc une question de présence humaine, un temps privilégié ou l'on partage de petits moments intimes avec un être humain malade. Pour plusieurs des répondantes, c'est suite à une expérience vécue avec un des leurs qu'elles en sont venues à offrir de leur temps comme auxiliaires.

Face à la souffrance des malades qu'elles côtoient, elles disent se sentir impuissantes mais qu'elles les écoutent, leur prodiguent une bonne parole, sont compatissantes. Pour leur propre maladie, elles s'en remettent à Dieu. Pour ce qui est du rôle de l'accompagnateur à l'égard du malade et ou de sa famille (Q. 27-29), il consiste, pour elles, en une présence chaleureuse et réconfortante, en une parole apaisante, à être à l'écoute des proches, à leur être disponible et, même à les remplacer dans certains cas.

À la question 30, à savoir : que vient faire Dieu, Jésus-Christ dans la maladie et la mort en centre hospitalier ? Les auxiliaires ont répondu que c'est Lui qui fait que nous gardions le courage et l'espoir, qu'Il devient une bouée de sauvetage pour plusieurs, qu'Il est l'Être Suprême sur qui le malade peut s'accrocher. Pour ce qui est du visage qu'ils véhiculent (Q.31), c'en est un de bonté, de miséricorde, de compassion, d'accueil de l'autre. Pour elles, c'est tout cela être chrétien (Q.32).

À savoir ce que favorise le Service de pastorale (Q.33), il est intéressant de noter qu'elles le considèrent toutes comme étant indispensable, qu'il favorise le contact avec Dieu, qu'il apporte la sérénité, l'apaisement. Elles estiment que le malade a un grand besoin de la pastorale et des bénévoles car dans la souffrance et l'inconnu face à la maladie et la mort, la personne hospitalisée a un grand besoin de présence et de chaleur humaine que la famille ne peut pas toujours apporter.

Cette attention au travail des bénévoles auxiliaires d'Alma aura permis de faire ressortir quelques points majeurs. Un premier, c'est que, comme en Église, ce sont les femmes qui s'impliquent majoritairement et de façon bénévole auprès des malades. Un second point, c'est qu'elles sont très conscientes du rôle privilégié qu'elles ont à jouer ou pourraient jouer auprès des malades du centre hospitalier. Mais suite aux différents changements⁵⁶ survenus à l'hôpital,

⁵⁶Fermeture du département des soins prolongés, le virage ambulatoire, la chirurgie d'un jour, l'ouverture d'un département de psychiatrie, ainsi que la fermeture de nombreux lits.

elles sont présentement à repenser et à restructurer leurs interventions au niveau de la personne malade.

Un troisième point surgit et c'est celui de la formation. En effet, malgré toute leur bonne volonté, une seule d'entre elles possède actuellement la formation nécessaire lui permettant de faire une intervention efficace auprès de la personne malade. Comme le fait remarquer le docteur Yves Quenneville ⁵⁷:

“C'est pour ça qu'il faut, par-delà les simples envies de faire du bien, qu'on *apprenne à bien faire le bien* ! Ça, ça s'apprend. Je suis en désaccord complet avec les gens qui disent que faire de l'accompagnement ça ne s'apprend pas. Si on tenait ça pour acquis et si on acceptait cette proposition-là, on ne formerait personne et ça laisserait beaucoup trop de place à l'improvisation, à l'imposition de ses propres désirs aux malades, sans aucun respect d'eux, et l'accompagnement prendrait un sens inverse, c'est-à-dire qu'il deviendrait du guidage plutôt que de l'accompagnement.”⁵⁸

Il serait donc important que l'Hôtel-Dieu d'Alma prenne davantage conscience du rôle social et humanitaire que jouent ou pourraient avoir à jouer les bénévoles auxiliaires auprès de ces malades. La direction du centre devrait également dégager les fonds nécessaires à la formation de ses bénévoles, sans toutefois en faire des professionnelles et ainsi en venir à perdre ce genre particulier d'accompagnement qu'elles apportent aux malades qu'elles visitent. Ces femmes que j'ai rencontrées n'attendent que cela pour se pencher sur la personne malade, la visiter, l'encourager, la consoler, l'écouter, en un mot *l'accompagner*.

⁵⁷Voir note 37 à la page 54.

⁵⁸«Au-delà des bonnes intentions», in *Revue Frontières*, volume 5, numéro 3, hiver 1993, Montréal, UQAM, page 16.

Un dernier point que j'aimerais faire ressortir est le côté pastoral. Dans leurs réponses, les bénévoles auxiliaires font une distinction très nette entre ce qu'elles font et ce que fait le service de la pastorale de l'hôpital. Il serait bon que l'aumônier puisse les rencontrer, de temps à autre, pour leur parler et leur faire voir que ce qu'elles font en tant que baptisées auprès des personnes malades est bel et bien un accompagnement chrétien et qu'en tant que baptisées, elles posaient les même gestes que Jésus lui-même posait à l'égard des personnes malades et souffrantes, qu'il croisait sur son chemin. Il serait important de leur faire comprendre que finalement, accompagner "pastoralement", ce n'est pas nécessairement tenir un discours théologique qui, dans bien des cas, ne rejoint pas toujours la personne humaine. Au contraire, c'est dans l'humilité d'une rencontre, dans l'ombre et parfois même dans le silence, que cet accompagnement se développe le mieux et apporte de nombreux fruits. Ce rôle, les bénévoles auxiliaires seraient toutes désignées pour le tenir, avec un minimum de formation.

2.4.2-Au Centre Hospitalier de Métabetchouan.

Le Centre Hospitalier de Métabetchouan étant un hôpital pour soins de longue durée, le rôle de ses bénévoles auxiliaires y est quelque peu différent. Au départ, il est intéressant de noter qu'il y a une responsable permanente qui voit à la coordination de l'ensemble des bénévoles, en harmonisation avec le personnel du centre. Cette dernière, étant connue et des patients et du personnel, permet une intervention plus rapide des bénévoles auprès des malades. De plus, les services offerts y sont plus développés⁵⁹. J'aimerais également noter que plus de la moitié des bénévoles ont une formation de base⁶⁰ leur permettant ainsi de faire un accompagnement plus efficace auprès de la personne malade. Le coût de la formation est entièrement à la charge de la direction du centre hospitalier. De plus, il y a une sorte de

⁵⁹Organisation de jeux de société, parties de cartes, bingo, chorale, bricolage, sorties organisées, visite des malades et l'accompagnement soutenu de certains malades.

⁶⁰Approche de la mort, formation en écoute et relation d'aide ainsi que diverses techniques d'interventions.

complicité qui s'est établie entre les infirmières et les bénévoles ce qui permet une meilleure approche du malade.

Ici, tout comme à Alma, il y a séparation entre le service des bénévoles et celui de la pastorale, comme si l'un ne pouvait pas intervenir dans les "compétences" de l'autre et vice versa. Je me permet d'insérer ici un texte de Jacqueline Fortin, qui va dans le même sens que moi :

“Si le service de Pastorale est celui qui, officiellement’ «s’occupe de pastorale», il ne faudrait pas croire que la présence des chrétiens et leur action dans ces milieux se limitent à ce Service. Ils sont nombreux... ceux qui, identifiés ou non, s’inspirent de l’évangile pour leur travail auprès des malades... Leur marque de commerce : une attention à la personne et un souci de l’humanisation... cette présence des chrétiens dans les milieux de santé est une présence réelle, discrète cependant, multiforme, attentive à ce que vivent les malades et leurs familles dans ces moments de souffrance physique et morale.”⁶¹

Il serait donc nécessaire qu’une collaboration s’établisse entre le service des bénévoles et le comité de la pastorale du centre car, finalement, l’un et l’autre travaillent dans le même sens soit le mieux être de la personne hospitalisée et tous sont chrétiens par leur baptême. De cette façon beaucoup d’énergie serait récupérée aux bénéfices du malade car, même avec tout ce qui est accompli à l’hôpital, il y a encore beaucoup à faire pour alléger la souffrance tant physique que morale des malades.

J’aimerais également souligner le travail de plusieurs petits groupes de dames de

⁶¹Fortin, J., «Présence chrétienne dans le monde de la santé», in Communauté chrétienne, volume 20, numéro 119, septembre-octobre 1981, p. 391.

différentes paroisses environnantes qui, semaine après semaine, vont visiter les malades originaires de leur paroisse. Elles leur apportent de petites gâteries, des nouvelles des gens de leur paroisse d'origine, du réconfort, de la tendresse, de l'amour, de la chaleur humaine. Ces dames font de l'action sociale pastorale tout comme il en est mention dans les écrits conciliaires⁶² et la Bible⁶³.

À Métabetchouan, jusqu'à aujourd'hui, la direction était plus sensibilisée aux besoins des bénévoles qu'à Alma et mettait des argents à leurs dispositions permettant ainsi une certaine formation de base, comme je l'ai déjà mentionné. Cela se comprend bien dans le contexte particulier de ce centre de longue durée. Mais, dans la foulée de la restructuration des services à la clientèle, il y a eu fusion⁶⁴ des deux centres hospitaliers. La loi du plus fort sera-t-elle appliquée ? Y aura-t-il coupure dans ce montant accordé aux bénévoles ? Seul l'avenir pourra y apporter les réponses.

En regard de l'accompagnement des malades, notre région en est encore à ses premiers balbutiements. Plusieurs hôpitaux, des régions de Montréal et de Québec⁶⁵, possèdent depuis

⁶²Ce qui touche à l'organisation de la société constituée, selon les documents conciliaires, « le champ propre de l'activité évangélique des laïcs », engagés dans toutes les réalités de la vie. À eux d'acquiescer en ces domaines « une véritable compétence » et de « prendre leurs responsabilités. C'est à leur conscience de laïcs, préalablement formée, qu'il revient d'inscrire la loi divine dans la cité terrestre » (Gaudium et spes 43.2). Cet autre passage décrit également très bien l'action de ces groupes de dames : « Dieu, qui veille paternellement sur tous, a voulu que tous les hommes constituent une famille et se traitent mutuellement comme frères » (Gaudium et spes 24.1).

⁶³"J'étais malade et tu m'as visité" (Mt 25,43).

⁶⁴Dans le Lac-St-Jean du 30 juin 1996, nous pouvions lire ceci en page 3 : « Fusion entre l'Hôtel-Dieu d'Alma et le Centre Hospitalier de Métabetchouan. Le nouvel établissement aura pour nom "le Centre Hospitalier le Jeannois" et le siège social sera situé à Alma ».

⁶⁵Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le Centre Hospitalier Côte-des-Neiges, l'Hôpital Notre-Dame pour la région de Montréal ; la Maison Michel Sarrazin et l'hôtel Dieu de Québec, pour ne nommer que ceux-ci.

déjà plusieurs années des équipes de bénévoles bien formées, structurées et encadrées, travaillant de concert avec l'ensemble des services de santé de ces hôpitaux. À ce niveau nous sommes pour ainsi dire sous-développés. Il y a donc beaucoup de pain sur la planche pour nos bénévoles auxiliaires, afin d'être reconnus pour ce qu'ils font ou pourraient faire si nous leur donnions les outils et les argents nécessaires à leur formation. Ce serait un ajout majeur pour nos hôpitaux, nos malades et leurs proches.

Ce survol des bénévoles auxiliaires aura permis de constater qu'il y a beaucoup de bonne volonté, de don de soi, de chaleur humaine et d'amour, chez cette catégorie d'intervenants. Il y aurait avantage, comme précédemment mentionné, à ce qu'une rencontre ait lieu avec l'aumônier et le comité de pastorale afin de bien leur faire voir et comprendre que tout bénévole baptisé, oeuvrant auprès des malades, fait véritablement de l'accompagnement chrétien qui s'articulera possiblement à un accompagnement pastoral, si le malade le désire.

2.5-Le Service de la pastorale

Le Service de la pastorale est l'organisme responsable de la pratique religieuse d'un centre hospitalier et est sous la responsabilité de l'aumônier du centre. Afin d'assister l'aumônier dans sa tâche, chaque hôpital possède un Comité de pastorale, entièrement composé de bénévoles, qui vient se greffer à ce dernier. De plus, indépendamment des hôpitaux, un diacre permanent, un agent de pastoral ou une religieuse, mandaté par l'évêque du diocèse, peut ou peuvent venir s'y joindre et ainsi compléter l'équipe du Service de la pastorale d'un centre hospitalier.

Le Service de la pastorale fait partie des "Services" offerts dans les deux centres hospitaliers⁶⁶ et ce, de façon officielle, depuis le tout début de leur fondation. Ce service est le signe "visible" et "officiel" de la présence chrétienne en milieu hospitalier. Avant de

⁶⁶Soit l'Hôtel-Dieu d'Alma et le Centre Hospitalier de Métabetchouan.

regarder de plus près les composantes de ce service, un peu d'histoire nous aidera à mieux le situer.

Historiquement, aucune communauté comme l'Église catholique n'a réservé autant d'attention aux malades, en s'appuyant sur la parole de Jésus s'identifiant à eux : «J'étais malade et vous m'avez visité»⁶⁷. Dans les évangiles⁶⁸, Jésus est toujours entouré d'une foule de gens souffrants qui l'implorent ou le remercient pour tout ce qu'il a fait pour eux. À sa suite, le christianisme en est venu à développer un service à l'égard du prochain malade, à savoir les hôpitaux. Le christianisme a, pour ainsi dire, «littéralement inventé cette institution qui était inconnue aussi bien du monde gréco-romain que du monde oriental»⁶⁹. Ainsi, la maison hospitalière apparaît près des couvents et monastères. Au Moyen Âge, elle sera également désignée sous le nom d'Hôtel-Dieu⁷⁰. C'est encore un chrétien, Camille de Lellis⁷¹, qui lui redonnera ses lettres de noblesse et qui la réorganisera telle que nous l'avons connue

⁶⁷Mt 25,36.

⁶⁸Mt (8,16; 10,8; 14,35; 25,36), Mc (1,32; 1,34; 6,5; 6,13; 6,55; 16,18), Lc (4,40; 7,2; 10,9; 14,4), Jn (5,3; 6,2), pour ne nommer que ceux-ci.

⁶⁹Messouri, V., *Pari sur la mort, l'espérance chrétienne : réalité ou illusion ?*, Paris, Mame, 1984, p.179.

⁷⁰Hostellerie de Dieu, Maison de Dieu, le Dieu de Jésus-Christ que la foi chrétienne reconnaît dans le frère souffrant.

⁷¹Camille de Lellis (1550-1664) se consacra au soulagement des malades. À cette époque, on laissait les malades pourrir dans leurs immondices, on les jetait à la salle mortuaire avant qu'ils ne fussent morts, et il n'était pas rare que les employés des hôpitaux battent les patients. Il résolut de fonder un ordre dont les membres s'attacheraient à venir en aide aux malades et aux moribonds; il décida donc de se faire prêtre puis il érigea l'ordre des Ministres (c'est-à-dire serviteurs) des infirmes, ou Camilliens. Vers la même époque, les Camilliens avaient également organisé les premières «ambulances de campagnes» destinées à venir au secours des blessés sur les champs de bataille. En 1930, Pie XI l'a proclamé patron du personnel des hôpitaux et des malades (in : *Dictionnaire historique des Saints*, Paris, 1964, p.96-97. Voir également *Vie et mort des ordres religieux*, de Raymond Hostie, Paris, Desclée de Brouwer, 1972, p. 171-172).

jusqu'au début des années 1970⁷².

Mais aujourd'hui, dans cet univers déconfessionnalisé où restructuration, coupures, virage ambulatoire et chirurgie d'un jour sont devenus roi et maître, qu'en est-il de la présence dite "officielle" de l'Église dans nos hôpitaux ? Quelle est la mission du service de pastorale ? Quel en est son but ? Quels en sont les objectifs ? Les réponses, aux trois dernières questions, c'est soeur Cécile Labonté⁷³ qui nous les donne en ces mots :

“La mission, du service de pastorale, est de représenter, d’une façon unique au sein de l’institution «l’accueil, l’amour, l’aide» offerts au nom de Jésus-Christ, à toutes les personnes bénéficiaires du Centre, à leurs proches ainsi qu’aux intervenants du milieu.

Le but de la pastorale, est d’assurer, au sein de l’équipe des intervenants, les soins spirituel et religieux reliés aux valeurs, à la foi de la personne de façon à favoriser sa croissance continue.

L’action des membres du service de pastorale tend à actualiser les forces spirituelles, la foi religieuse de la personne, de façon à ce qu’elle puisse prendre appui sur elles pour trouver un sens à l’événement et à l’intégrer dans sa vie quotidienne.”⁷⁴

En ayant présent à l'esprit ces trois réponses toutes simples, mais qui décrivent très bien

⁷²C'est-à-dire, sous la conduite de communautés religieuses.

⁷³Soeur Cécile Labonté est membre de la Communauté des Soeurs grises de Montréal depuis 1942. Pendant 30 ans, elle a poursuivi une carrière en éducation des infirmières à différents niveaux. Elle a consacré les dix dernières années de sa vie active à la pastorale auprès des malades. De 1989 à 1991, elle s'est appliquée à structurer le Service de pastorale au Centre de santé Saint-Henri à Montréal.

⁷⁴Soeur Cécile Labonté, «L'évaluation de la qualité en pastorale: est-ce réalisable ?» In *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale* (sous la direction de Robert Giguère), Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993, p.110-111.

la mission et le but du Service de pastorale ainsi que *l'action* de ses membres, allons maintenant sur le terrain et tentons d'y cerner la présence "officielle" de l'Église dans nos hôpitaux d'aujourd'hui. Mais avant, voici la composition du Service de pastorale des hôpitaux d'Alma et de Métabetchouan. À l'Hôtel-Dieu d'Alma, le Service de pastorale se compose comme suit : un aumônier permanent (temps plein), d'un aumônier adjoint (temps partiel), d'une équipe de bénévoles composée d'une dizaine de personnes et d'un diacre permanent (bénévole). Au Centre Hospitalier de Métabetchouan, nous y retrouvons un aumônier permanent (1/2 temps), une agente de pastorale permanente (1/2 temps) ainsi qu'un Comité de liturgie⁷⁵ d'environ six bénévoles.

À Alma, l'équipe de bénévoles tient plutôt le rôle d'un Comité de liturgie, comme il en existe dans nos paroisses. Ces bénévoles interviennent dans la préparation des offices religieux, des temps forts de l'avent et du carême. Ce sont eux qui voient à la confection des décorations à la chapelle, à l'installation de la crèche de Noël et à l'affichage de posters religieux. De plus, ils assistent les aumôniers dans la distribution de la communion et la visite de certains malades. La plus grande partie de leurs activités sont donc à caractère liturgique.

Cependant, dans les actions concrètes qu'ils posent, auprès des personnes hospitalisées, ces bénévoles (d'Alma) permettent de rompre l'isolement provoqué par l'arrivée soudaine d'une pathologie car le vide affectif et relationnel a tôt fait de s'établir chez la personne malade. D'abord ce sont les amis qui espacent leurs visites pour très vite ne plus venir du tout, puis c'est la famille qui fait bien souvent de même.

Tout comme les bénévoles auxiliaires, ils aident à "humaniser l'hôpital" en s'intéressant aux souhaits des malades, à leur vie et à leurs goûts, en leur proposant, sans jamais leur imposer, un soutien relationnel ou psychologique en plus d'un "réconfort spirituel" par le rôle

⁷⁵Je passerai ce groupe sous silence, étant donné que son rôle se limite strictement à la préparation des offices religieuses.

privilegié qu'ils tiennent comme membre du service de pastorale de l'Hôtel-Dieu d'Alma.

La visite aux malades, que font ces personnes, en plus d'être humanitaire, a une réelle portée pastorale par le fait que c'est au Nom du Seigneur que ces bénévoles se rendent au chevet des malades. La foi en Dieu ne se vit jamais seule. Pour se vivre, elle a besoin du soutien et de l'aide des gens nous entourant. C'est précisément là une des raisons d'être de l'accompagnateur pastoral, qu'il soit aumônier ou bénévole. En effet, dans le prolongement de l'aumônier, le bénévole du Comité de pastorale, qui visite un malade, devient lui-même signe sensible de la présence du Christ visitant les siens. Voici ce que dit à ce sujet, le «Vocabulaire de théologie biblique» :

“En effet, l'histoire du salut est souvent présentée dans la Bible comme une suite de «visites» de Yahweh à son peuple... ces interventions personnelles, visibles, sont autant de signes de sa présence, de son action, de la continuité de son dessein sauveur.”⁷⁶

Aujourd'hui, ces interventions personnelles et visibles de Dieu pour son peuple se font à travers les actions que tout baptisé accepte de faire pour l'un de ses semblables qui a besoin de son aide, de son soutien, de sa visite réconfortante. Et que dire encore de cette parole du Christ : “Là où deux ou trois sont rassemblés en mon nom, je suis là, au milieu d'eux”⁷⁷. Ainsi, lorsqu'un membre du Service de pastorale se rend au chevet d'un malade, il introduit Jésus-Christ lui-même auprès de ce dernier.

Le bénévole du Service de pastorale de l'Hôtel-Dieu d'Alma a donc un véritable rôle

⁷⁶*Vocabulaire de théologie biblique* (publié sous la direction de Xavier Léon-Dufour), voir au mot «visite», Paris, Les Éditions du Cerf, 1981, colonnes 1370-1373.

⁷⁷Mt 18,20.

“pastoral” à tenir auprès de la personne malade. Effectivement, il sert de lien entre : le malade et sa communauté d’appartenance, la foi commune qui les habitent et Dieu Sauveur. Voici ce que dit F.J. Paul-Cavallier à ce sujet :

“Dans l’accompagnement que nous faisons, auprès de la personne malade et/ou mourante, nous sommes les témoins fraternels et médiateurs entre ce dernier et la communauté chrétienne toute entière. Nous sommes des médiateurs au plan spirituel en priant pour lui et, bien souvent à sa place, lorsque ce dernier n’en est plus capable.”⁷⁸

Le témoignage de cette bénévole du Service de pastorale d’Alma va également dans le même sens :

“Comme membres bénévoles du Service de pastorale, de par nos actions concrètes, nous permettons à la personne malade de garder contact (si elle le désire) avec la communauté chrétienne. Nous pouvons l’assister par les prières que nous pouvons faire avec elle ou pour elle, dépendamment de son état de santé, ainsi qu’avec sa famille.”⁷⁹

Je dirais même que les bénévoles de la pastorale ont, tout comme l’aumônier, un mandat bien spécifique auprès de la personne malade, quoique non officiel⁸⁰. Ce mandat est précisément celui de «promouvoir l’action du Christ auprès des malades» qu’ils rencontrent.

⁷⁸F.J. Paul-Cavallier, *Mourir vivant, au risque de l’amour*, Paris, Médiaspaul, 1990, p.85.

⁷⁹Voir la question 12 de l’annexe 2 en page XI.

⁸⁰Actuellement, très peu de mandats sont attribués en pastorale hospitalière, en lien aux hôpitaux mis sous observation. Ils sont au nombre de 5 : trois prêtres aumôniers, un diacre permanent, une agente de pastorale. De ce nombre, un seul aumônier est nommé à temps plein.

En effet, plusieurs personnes malades ressentent le besoin de renouer avec leur héritage religieux et souvent l'aumônier ne peut être disponible à tel ou tel malade, étant lui-même bien souvent retenu au chevet d'un autre malade. C'est là que le bénévole du Service de pastorale devient alors pleinement "accompagnateur pastoral" auprès de la personne qu'il soutiendra dans ses visites assidues et, par la même occasion, auprès des familles qui, bien souvent, ont grandement besoin de soutien psychologique oui mais également spirituel.

Ces bénévoles visitent et accompagnent un certain nombre de malades après avoir pris contact avec eux, lors de la distribution de la communion. Cependant, quoique ayant beaucoup de bonne volonté et une grande disponibilité, un manque de formation en accompagnement et en écoute est à déplorer. Je me répète mais une formation "adéquate" en accompagnement, parfois en théologie, devrait être offerte à ces personnes désireuses de venir en aide à leurs semblables, à la "suite du Christ"⁸¹. Car, comme le dit également soeur Céline Labonté :

"L'accompagnement pastoral représente «l'accueil, l'amour, l'aide» offerts au nom de Jésus-Christ, à toutes les personnes bénéficiaires du Centre, à leurs proches ainsi qu'aux intervenants du milieu."⁸²

C'est pour cela que l'Église se doit d'apporter une présence de qualité en milieu hospitalier aux personnes qui souffrent de la maladie et de l'isolement que celle-ci entraîne. L'Église devrait investir, en collaboration avec les Centres Hospitaliers, dans la formation de ces bénévoles qui font beaucoup tant au niveau psychologique que spirituel de nos malades.

⁸¹Jean 12,26 : «Si quelqu'un veut me servir, qu'il se mette à ma suite, et là où je suis, là aussi sera mon serviteur». La note qui accompagne ce verset, dit ceci : "le lien entre servir et suivre Jésus est une donnée fondamentale de la tradition évangélique".

⁸²Soeur Cécile Labonté, «L'évaluation de la qualité en pastorale : est-ce réalisable ?» In *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale* (sous la direction de Robert Giguère), Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993, p.110.

Angélo Brusco nous résume en ces mots la valeur de la visite aux malades que font les aumôniers (ainsi que les bénévoles) :

“La visite fraternelle faite au nom de l’Église, non seulement réveille ou renforce chez le malade le sens d’appartenance à un groupe, mais lui donne aussi la certitude qu’il est encore considéré comme membre à part entière de la communauté... Les membres de la communauté ecclésiale...⁸³ qui rencontrent les malades soulignent les liens d’amitié et de solidarité entre les malades et les bien portants. L’accueil chaleureux doit s’adresser surtout aux patients les plus abandonnés, dont la solitude est rendue plus aiguë par la marginalisation sociale. La rencontre avec ces personnes véhicule l’accueil et l’acceptation de Dieu, source de fraternité et de joie, au-delà de toutes les barrières instaurées par la pauvreté et la maladie”⁸⁴.

Le rôle de ces bénévoles est donc primordial auprès de la personne hospitalisée, étant donné que la visite de l’aumônier est bien souvent des plus réduites (quelques secondes tout au plus quelques minutes). Mais l’accompagnement pastoral, c’est plus qu’un coup de vent, une bénédiction, ou encore la communion. Accompagner, c’est se donner et ce rôle, les bénévoles le tiennent fort bien.

Je suis d’accord avec le fait que l’aumônier ait à assister à différentes rencontres ou réunions de la direction du centre. Je suis d’accord avec le fait qu’il ait à compléter “certains” rapports et documents administratifs. Mais tout ce temps, passé en réunion ou à compléter des renseignements ou statistiques, est autant de temps manquant au chevet des malades et des

⁸³J’ajouterais : «de-même que les bénévoles du Service de pastorale».

⁸⁴Brusco, A., *Humanisation des milieux de santé*, Montréal, Paulines, 1984, p.123.

mourants. Le prêtre, étant la personne en qui le malade peut entièrement se confier sans risque de représailles administratives, se devrait d'être encore plus présent aux malades.

Je me permets de citer l'abbé André Audy, qui fût aumônier à l'Hôtel-Dieu de Val-d'Or, durant plus d'une trentaine d'année :

“Quand j'étais aumônier, je résidais sur les lieux même de mon ministère. J'y avais mes appartements privés, attenants à mon bureau de travail. J'étais disponible 24 heures sur 24 et lorsque je devais m'absenter, je me devais de me trouver un remplaçant. Chose qui n'était pas toujours facile.

Bien souvent, je me suis couché tout habillé afin d'être présent plus rapidement au chevet d'une personne que je savais très malade. J'étais constamment disponible, tant aux malades, à leur famille, qu'au personnel hospitalier.

À cette époque, je n'avais pas à tenir à jour une gestion compliquée de mon travail et à le justifier auprès de l'administration de l'hôpital. Du côté réunion, cela était au strict minimum soit peut être une ou deux par semaine avec la direction du centre ou le personnel. En dehors de cela, j'étais prêtre à cent pour cent.”

Sans pour autant être nostalgique⁸⁵, nous pouvons affirmer avoir beaucoup perdu en ce qui concerne la disponibilité de l'aumônier envers les malades, depuis la prise en charge de nos hôpitaux par l'État. Aujourd'hui, beaucoup de réunions et de rapports de toutes sortes viennent gruger le temps que le prêtre pourrait disposer pour les malades. La bureaucratie, comme partout ailleurs, a fait son entrée dans ce service. Ainsi, une grande partie du travail “pastoral” de l'aumônier est devenu “administratif”. L'État a fait de l'aumônier un

⁸⁵Dans le sens de : “Regret mélancolique d'une chose révolue”.

fonctionnaire. De plus, le prêtre ne réside plus à l'hôpital et sa permanence en est réduite au quart de jour. Mais au Centre hospitalier de Métabetchouan, la situation y est encore plus précaire puisqu'à cet endroit, l'aumônier n'y est plus qu'à demi temps. Ce qui laisse très peu de temps pour la simple visite des malades. L'accompagnement pastoral de l'aumônier y est donc très restreint.

En dehors de cet horaire où l'aumônier est accessible aux malades, le seul lien qui le raccroche encore à l'hôpital, c'est le téléphone (ou paget) qui vient renforcer son temps d'intervention auprès du malade désirant sa présence. Déjà, un premier constat se dégage : l'accompagnement pastoral de l'aumônier, en terme de temps disponible auprès des malades, a beaucoup diminué au profit de la gestion administrative.

Malgré cela, l'aumônier est et demeure toujours l'acteur principal du Service de pastorale en milieu hospitalier, tout comme l'est le curé pour sa paroisse. Ce dernier a un rôle immense à jouer, soit celui de pasteur, de conseiller, d'animateur, de rassembleur. En un mot, il est le premier responsable de la vie chrétienne à l'intérieur de l'hôpital. Ce rôle, l'aumônier le joue à travers la visite qu'il fait aux malades. Voici ce que dit à se sujet le père Guarise:

“La visite pastorale aux malades est un service que j’accomplis au Nom du Seigneur. Elle a une portée très dense pastoralement, par le fait que je l’accomplis comme revêtu d’un ministère d’Église... J’ai aussi conscience que, en tant que pasteur, je ne vais jamais visiter un étranger. Le but de ma visite est d’établir ce contact vital entre le malade et le Christ présent au coeur de sa vie. C’est l’homme intérieur qui devient le sujet de ma visite.”⁸⁶

⁸⁶Père Céleste Guarise, «la dimension pastorale de la visite aux malades dans un centre hospitalier», dans *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale* (sous la direction de Robert Giguère), Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993, p. 274.

De plus, le Service de pastorale d'un centre hospitalier est le prolongement de la communauté d'appartenance de la paroisse où réside le malade. Cela rejoint très bien la pensée de Simon Dufour qui s'exprime ainsi :

“Le réseau communautaire est essentiel comme support et stimulant de l'expérience religieuse personnelle... Trois instances rendent visible cette dimension communautaire de l'accompagnement de la personne en itinéraire de croissance spirituelle : la famille, l'école, la paroisse... C'est à travers l'ensemble de ces réseaux que la dimension communautaire prend forme et visage dans l'itinéraire spirituel d'une personne.”⁸⁷

L'aumônier, de par sa permanence dans le Service de pastorale, en est le principal acteur. C'est à lui qu'il revient de faire en sorte que son Service soit un témoin efficace de la présence vivifiante du Christ parmi nous. En le visitant, en l'accompagnant, en le réconfortant, il signifie au malade son appartenance à la communauté humaine et lui confirme qu'il est toujours membre à part entière de la communauté chrétienne, membre du Christ.⁸⁸

Toutefois, j'aimerais faire ressortir une lacune. L'aumônier, en milieu hospitalier, devrait faire partie de l'équipe des soignants⁸⁹, car “des éléments de l'expérience religieuse,

⁸⁷Dufour, S., *Devenir libre dans le Christ*, Sainte-Foy, Éditions Anne Sigier, 1987, p.55.

⁸⁸Paul-Cavallier, F.J., dans *Accompagner la vie*, Paris, Médiaspaul, 1990, va dans le même sens, lorsqu'il dit : “L'accompagnant... est un témoin. En demeurant présent... il signifie au malade son appartenance à la communauté humaine... La compassion qui lui est ainsi exprimée témoigne de son appartenance ... (p.117). Nous sommes des êtres d'appartenance. Accompagner un membre de la communauté signifie qu'il en fait partie. Dès l'instant où nous sommes séparés, nous entrons dans une relation qui ne peut pas se régénérer (P.119). L'être fait partie de notre communauté. Vouloir échapper à cette solidarité, c'est vouloir qu'un membre du corps humain vive seul; or, il ne peut pas vivre sans le reste de l'organisme (P.121).”

⁸⁹Dickenson, S.C., mentionne ceci : “la fonction spirituelle est inhérente aux soins infirmiers”, citation prise dans : «The search for spiritual meaning», *Am J Nurs* 75 (10) : p.1789,

telle que la pratique dominicale, la foi en un Dieu et la croyance que la religion est une source de force morale et de réconfort, favorisent le processus de guérison”⁹⁰. Marcel Neusch affirme la même chose en ces termes :

“La souffrance requiert d’autres remèdes : visite, écoute, geste d’amitié, parole de réconfort, présence silencieuse, soutien spirituel, etc. Sans une telle aide, la souffrance achemine irréversiblement vers le silence et l’exclusion.”⁹¹

L’aumônier et son Service de pastorale a donc un rôle évident et même indispensable à jouer auprès de la personne malade. Pour ce faire, une plus grande place devrait lui être accordée, dans l’équipe soignante, afin qu’il soit en mesure de jouer pleinement son rôle qui est d’accompagner le malade, dans la recherche de sens⁹² à ce qui lui arrive. Le rabbin Harold S. Kushner va dans le même sens :

“Le besoin de trouver un sens à la vie n’est pas un besoin biologique comme celui de manger ou de respirer. Ce n’est pas non plus un besoin psychologique, comme celui d’être accepté et de s’estimer soi-même. C’est un besoin religieux, une soif fondamentale de l’âme.”⁹³

1975.

⁹⁰Tiré de l’article de Claude Fortin et Robert Dion, «En milieu de santé, les services de pastorale sont plus utiles que l’on croit», dans la revue *Artère*, p.6.

⁹¹Neusch, M., *Le mal*, dans la série *Parcours*, la bibliothèque de formation chrétienne, Paris, Centurion, 1990, p.92.

⁹²Fish, S., et Shelly, J.A., in *Spiritual care : the nurse’s role*, Downers Grove, Ill., InterVarsity Press, 1978, décrivent la santé spirituelle comme un but donnant son sens à la vie.

⁹³Kushner, H. S., *Le désir infini de trouver un sens à la vie - La quête de l’Ecclésiaste -*, Montréal, Édition du Roseau, 1987, p.23.

C'est donc dans l'accompagnement pastoral que l'aumônier prend toute sa raison d'être auprès de la personne malade en recherche de sens⁹⁴. Cependant, le rôle de l'aumônier, comme je l'ai précédemment mentionné, est de beaucoup réduit par les réunions et rapports de toutes sortes qu'il a à compléter. En plus, comme prêtre, une autre partie de son temps est axée sur la célébration des sacrements (confession, communion, célébration eucharistique, sacrement des malades). En bout de ligne, il lui reste très peu de temps pour faire un accompagnement pastoral soutenu et de valeur auprès des malades du centre. Cela n'est pas un reproche mais une simple constatation.

En tant qu'aumônier d'hôpital, le prêtre fait un véritable travail d'Église. Il a à "accompagner" la personne malade là où sa foi se situe. De par sa présence et son action, il a la responsabilité de refléter le plus possible le véritable visage de l'Église. La fonction d'aumônier d'hôpital prend alors, comme les autres fonctions sacerdotales dans l'Église, toute une dimension "pastorale".

Ce rôle "d'accompagnateur pastoral", le diacre permanent et l'agent de pastorale⁹⁵ peuvent également le tenir, de par un mandat de l'évêque. Le premier comme ministre ordonné, le second comme laïc engagé et mandaté. Nous retrouvons le premier à l'Hôtel-Dieu d'Alma et le second au Centre hospitalier de Métabetchouan.

À Alma, le diacre permanent y exerce son ministère, à titre de bénévole à temps partiel à l'intérieur du Service de pastorale, dépendamment de ses disponibilités personnelles. Un mandat pastoral précis lui a été accordé par l'évêque. Voici l'extrait définissant son mandat proprement dit :

⁹⁴Delisle, I., dans *Les derniers moments de la vie - l'accompagnement de la personne mourante*, Saint-Laurent, ERPI, 1993, p.13, vient appuyer mes dires en ces mots : "Les besoins spirituels des malades et des mourants portent essentiellement sur la recherche d'un sens : le sens du pardon, de l'espoir, de l'amour".

⁹⁵Deux nouveaux ministères de l'Église, au service de la personne hospitalisée.

“...Avec l'accord de la direction de l'Hôtel-Dieu d'Alma, je vous donne par les présentes, le mandat pour exercer votre ministère diaconal dans cette institution. ...vous aurez particulièrement à accompagner les malades...”⁹⁶

Le diacre permanent, de par son ordination, devient ministre de l'Église et par son ministère, représentant du “Christ Serviteur”. Ce rôle je l'exerce donc auprès de la personne hospitalisée, qui désire avoir une écoute attentive, un soutien humain et spirituel face à la maladie, à la souffrance qu'elle porte.

Je puis affirmer que le diacre permanent est très bien accepté par les malades. Quoi que certains ne sachent pas trop la différence entre moi et un prêtre, la confiance est grande en ce que je représente pour eux, soit un représentant de l'Église et du Christ. L'approche est facile et les gens sont contents que je vienne les visiter. Le fait que je sois diacre leur permet une ouverture qu'ils ne se permettraient pas avec un bénévole laïc. Plusieurs me parlent de leurs craintes face à la maladie qui les accable, des souffrances qu'ils éprouvent du côté familial, de leur vécu spirituel.

Du côté du personnel, règle générale, je suis bien perçu, quoi que de temps à autre l'on me demande qui je suis et ce que je fais. La plupart des membres du personnel soignant respecte ma présence lorsque je me trouve au chevet d'un malade. À preuve, ce médecin qui entre dans une chambre pour visiter un de ses patients et voyant que je suis diacre, dit ceci : “Je vois que vous êtes avec votre “médecin spirituel”; ne vous dérangez pas, je vais revenir plus tard, j'ai d'autres patients à visiter”.

Du côté des membres de la famille des malades, c'est également la même situation. À titre d'exemple, ces parents d'une malade qui, me voyant entrer dans la chambre, nous laisse

⁹⁶Extrait tiré de mon mandat pastoral, émis le 26 octobre 1994, par l'évêque de Chicoutimi, Mgr. Jean-Guy Couture.

quelques instants seul à seul, afin de respecter la confidentialité de la conversation que nous aurions ensemble. Effectivement, je reçois beaucoup de confidences et beaucoup de malades se questionnent énormément sur leur foi. Comme diacre permanent, je suis donc véritablement reconnu comme représentant de l'Église. De plus, les gens voient en moi un représentant de Dieu, de Jésus-Christ, visitant ses frères malades.

Même si les gens se disent non croyants ou non pratiquants, il y a ce respect qui s'installe dans la chambre lorsque je viens parler avec eux. Cette chambre de souffrance, de maladie devient pour ainsi dire un lieu de prière, un lieu du culte. C'est comme si les personnes présentes sentaient ou ressentait quelque chose de spécial, une présence enveloppante, perceptible mais innommable. Pour moi, c'est le Christ qui est parmi nous, qui nous "accompagne"⁹⁷. C'est ce qui fait que mon "accompagnement" en est un que je me permet de qualifier de "pastoral".

Par contre, au Centre hospitalier de Métabetchouan, pour compenser l'absence d'un aumônier à temps plein, la direction, en accord avec l'évêque du diocèse, a engagé à demi temps, une "agente laïque de pastorale"⁹⁸, afin d'assister le prêtre dans sa charge pastorale.

⁹⁷Michel Cancouët et Bernard Violle, dans *Les diacres*, Paris, Desclée, 1990, p. 70, vont dans le même sens :

“Quand un diacre participe aux joies et aux souffrances d'un pauvre, le visite et l'aime effectivement, c'est Jésus qui, à travers cet amour, participe à l'existence de cet homme, le visite et l'aime. Peu importe que cet homme soit chrétien ou ne le soit pas, peu importe qu'il ait ou n'ait pas conscience de celui qui entre amoureusement en relation avec lui : la rencontre est aussi réelle que celles que l'on pouvait faire de Jésus dans les villages de Galilée”.

⁹⁸Nouveau ministère d'Église, où la femme y est enfin à égalité avec l'homme.

Cette dernière, avec un mandat pastoral⁹⁹, a à accompagner et à soutenir les malades de ce centre hospitalier, dans leur cheminement spirituel. Elle a à «être dans ce monde (en occurrence l'hôpital) témoin de la vie et de la résurrection du Seigneur Jésus, un signe du Dieu vivant¹⁰⁰».

En tant que collaboratrice de l'aumônier, elle a à être «pasteur» auprès des malades du centre. Au-delà d'une fonction, l'image du pasteur signifie, dans le cas présent, un don de soi total, auprès de ceux qu'elle accompagne dans la maladie et la souffrance qui en découle. Ce nouveau ministère d'Église a ainsi fait émerger une nouvelle façon d'être pasteur c'est-à-dire, «d'exercer d'une façon différente le service de pastoral¹⁰¹» en centre hospitalier.

Malgré la réduction du temps de présence de l'aumônier, l'accompagnement pastoral offert aux malades est, par conséquent, assuré pour une grande part, par l'agente de pastorale. C'est donc un plus pour ce centre hospitalier qui, depuis quelques années, avait vu diminuer la présence active de l'Église auprès de ce groupe de croyants, qui ont besoin d'une présence accrue de l'Église, afin de les soutenir dans leur foi, qui est mise à rude épreuve par la maladie qui les accable.

L'un des rôles qu'a à tenir l'agente de pastorale auprès des malades, tout comme d'ailleurs le diacre et les aumôniers, est de redonner confiance en la vie, de redonner l'espérance car, comme le dit Jürgen Moltmann, pour un être humain, «vivre sans espérance, c'est comme ne plus vivre¹⁰²». Cela est encore plus vrai pour une personne hospitalisée, qui sait

⁹⁹Lise Fortin-Côté, dans son article «survivre ou grandir ?» Paru dans *Prêtres et pasteurs*, vol. 99, n 6, de juin 1996, en page 339, définit ainsi le mandat pastoral : "Le mandat pastoral est en soi un acte de reconnaissance, par l'évêque, de l'importance d'une responsabilité pastorale. Il vient confirmer les aptitudes et la compétence de l'agent de pastorale".

¹⁰⁰Constitution dogmatique sur l'Église, no. 38.

¹⁰¹Lachance, G., «rôles traditionnels et nouveaux ministères en pastorale hospitalière» in *Ni curés ni poètes*, Montréal, Éditions Paulines, 1993, p 44.

¹⁰²Moltmann, J., *Théologie de l'espérance* (Cogitatio Fidei 50), Paris, Cerf, 1978, p.30.

qu'elle passera le reste de sa vie dans une chambre, bien souvent impersonnelle, où elle est en attente de la mort, comme le disent bien souvent plusieurs malades du centre.

C'est donc une amie, une confidente, que ces personnes malades voient dans cette jeune femme qui sait être à l'écoute de leurs souffrances. C'est en soi le «côté maternel de l'Église», que les malades découvrent à travers les gestes et les mots de réconfort de cette accompagnatrice pastorale.

Les gens qui font de l'accompagnement pastoral, le font avec de petits moyens. Ils investissent beaucoup de leur temps et de leur personne et cela, bien souvent, sans trop de reconnaissance officielle des directions d'hôpitaux, comme si c'était un passe-temps pour ceux qui l'accomplissent. Ainsi, pour conclure cette section, je me permets de citer Robert Dagenais, qui exprime très bien la position parfois précaire de "*l'accompagnateur pastoral en milieu hospitalier*", qu'il soit prêtre, diacre, agent ou agente de pastorale ou encore simple bénévole baptisé :

“La profession de «pastorale hospitalière», est promise à un bel avenir, mais des lacunes subsistent toujours. La reconnaissance professionnelle de la pratique pastorale en est une. J'espère que les directeurs d'hôpitaux cesseront de voir la pastorale hospitalière (lire : accompagnement pastoral) comme une simple occupation et plus comme une partie essentielle du plan de soin.”¹⁰³

Il y a donc beaucoup de pain sur la planche, d'ouvrage à accomplir, si nous ne voulons pas que ce poste, celui “d'aumônier d'hôpital” du moins, ne fasse les frais des coupures gouvernementales, étant donné qu'aujourd'hui il n'y a plus rien d'assuré qui puisse résister

¹⁰³Cité dans «Survivre ou grandir», article de Lise Fortin-Côté, paru dans Prêtres et pasteurs, vol. 99, no 6, juin 1996, en page 339.

face à la guillotine de la restructuration.

2.6-Des conclusions.

Visiter les malades et les accompagner, c'est de fait un service d'Église. Ce service d'Église nous différencie des travailleurs et des autres visiteurs de malades qui oeuvrent dans des cadres bien différents du nôtre. Ce service d'Église a pour mission spécifique de visiter et d'accompagner des personnes malades au nom de la communauté chrétienne, qui délègue à ce service, des personnes mandatées, puisque tous les membres de l'Église ne peuvent pas s'y consacrer personnellement.

Ceci dit, avec certaines des personnes qui partagent notre foi, comme nous avons pu le voir dans le présent chapitre¹⁰⁴, nous pouvons devenir, pour le malade, une sorte de communauté de passage grâce à laquelle il pourra découvrir la fidélité du Seigneur qui l'accompagne sur le chemin de son épreuve.

Nous avons pu également nous rendre compte que bien des personnes, oeuvrant auprès de la personne malade, accompagnent¹⁰⁵ effectivement cette dernière. Cependant visiter et accompagner la personne malade au nom de l'Évangile n'est pas toujours évident et c'est précisément ce qui rend difficile sa visualisation concrète, en milieu hospitalier.

Nous avons assisté, ces dernières années, à une distanciation croissante entre les deux fonctions majeures de l'hôpital : sa fonction "d'assistance", d'origine caritative (les Hôtel-Dieu), et sa fonction "thérapeutique", de plus en plus technique. De plus, si l'avenir est bien

¹⁰⁴Soit : les infirmières, les médecins, les bénévoles, les accompagnateurs naturels et bien d'autres que je n'ai pas mentionné.

¹⁰⁵Accompagnement médical (infirmières, médecins, spécialistes...), accompagnement humain (les bénévoles auxiliaires), accompagnement familial, accompagnement pastoral.

à la réduction du temps d'hospitalisation, c'est toute la relation de l'hôpital aux personnes, à leur entourage, au tissu social, voire même à la médecine à domicile qu'il faut repenser.

Il faudra que tous les intervenants, de quelque niveau qu'ils soient, prennent conscience du *rôle social*, voire *spirituel* qu'ils peuvent et doivent tenir, auprès de la personne malade et, par extension, auprès de la famille même du malade.

La pratique religieuse a baissé, c'est un fait. Mais lorsque la maladie, voire la mort, s'insinue dans la vie d'un être, c'est toute son existence et convictions qui sont remises en question. Ses priorités changent ou plutôt se ré-orientent. La grande majorité des gens n'étant pas préparées à affronter cette situation, chaque intervenant se doit d'être préparé, conscientisé, exercé à intervenir afin de venir en aide à ces personnes. Malheureusement, comme nous avons pu le constater dans ce chapitre, pour plusieurs intervenants, la formation est inadéquate ou tout simplement manquante en ce qui concerne l'accompagnement tant humain que spirituel.

De plus, nous pouvons constater que le souci de maîtriser les dépenses tourne à l'obsession. Les contraintes budgétaires deviennent de plus en plus un prétexte, pour freiner toute initiative ou suspendre définitivement des projets d'amélioration des conditions des patients et de travail du personnel.

Ainsi, le patient sort de plus en plus rapidement du milieu hospitalier et le personnel, de plus en plus réduit, doit voir aux soins de plus en plus de patients, d'où la déhumanisation des soins, ce qui réduit davantage, la possibilité d'un accompagnement "spirituel et pastoral" de la personne malade durant son séjour à l'hôpital.

La volonté de contenir l'endettement de nos hôpitaux¹⁰⁶ (j'admets que cela est

¹⁰⁶Pris dans Le Réveil, édition jeannoise du 9 juin 1996 en page 3 : "Hôtel-Dieu d'Alma : les administrateurs doivent trouver 1,6 million en 1996-97". Ce qui entrainera une autre

nécessaire), ne doit cependant pas empêcher ces derniers de s'adapter aux nouveaux besoins de la société qu'ils desservent, ni de maintenir voir accroître la qualité de leurs services¹⁰⁷. Seule la mobilisation de tous les intervenants du milieu hospitalier, permettra de relever ce défi, car derrière toutes ces considérations financières, c'est de solidarité envers les malades, de la souffrance humaine voire d'exclusion sociale dont il est véritablement question.

L'heure n'est donc plus aux cloisonnements entre le médical et le social, entre le physique et le spirituel¹⁰⁸. Au contraire, dans la restructuration que connaît présentement notre service de santé au Québec, elle est au renforcement de la complémentarité dans le but d'assurer une qualité de soins et une réelle efficacité de tous les intervenants.

L'hôpital effraie parce que son nom est synonyme de maladies, de souffrance et de mort. Il est perçu comme un univers froid et clos. Mais l'expression «prendre soin d'une personne» traduit bien la dimension humaine contenue dans le rapport soignant-soigné : tenter de guérir quelqu'un c'est lui vouloir du bien, périphrase qui, en italien, signifie «aimer»¹⁰⁹. Mais la nature relationnelle des soins a été parfois oubliée et le «colloque singulier» entre le médecin et son malade s'est peu à peu banalisé au lieu de devenir le moment d'une communication privilégiée.

La médecine a ainsi laissé la technique prendre la première place dans l'acte médical. Aujourd'hui, elle est même en passe de devenir un obstacle entre la personne à soigner et les

réduction du personnel infirmier pour un montant de 500 000 \$.

¹⁰⁷Idem : 550 000 \$ de coupure en 96-97, pour les services professionnels et hospitaliers ainsi que pour les services du support technique et financier.

¹⁰⁸Boisvert, M., «Quo vadis», in *Revue Frontières*, volume 5, numéro 3, hiver 1993, p 8.

¹⁰⁹Fayn, M.-R., *Humaniser les soins*, Paris, ESF éditeur, 1995, p.35.

professionnels de la santé¹¹⁰. Le médecin scrute ses écrans, ses scopes, étudie les résultats d'analyses, parle à son magnétophone et oublie un malade mécontent dont la parole n'est, bien souvent, ni entendue ni reconnue.

Nous avons donc urgence à humaniser les soins dans nos hôpitaux. Par définition, "humaniser c'est rendre plus sociable, plus compatissant". N'est-ce pas justement cela, et rien que cela, que Jésus est venu nous enseigner, soit d'être compatissant envers notre prochain ?

"Aimez-vous les uns les autres"¹¹¹ ou encore, "soyez compatissants"¹¹² les uns envers les autres. Jésus ne serait-il pas tout simplement venu nous dire d'être humain envers nos frères, de nous humaniser les uns les autres ?

Accompagner un malade, un mourant, dans cette ligne de pensée, soit d'accompagner humainement, a une relation avec l'accompagnement pastoral et cela peu importe la position que nous occupons. C'est pour cela que le Service de pastorale, sous la conduite de son aumônier, se doit d'intervenir pour ainsi devenir l'élément déclencheur qui manque présentement dans nos hôpitaux, ou qui est très peu visible.

De plus, ce service d'Église qu'est l'accompagnement pastoral, n'est malheureusement pas un service qu'assure l'ensemble de la communauté chrétienne environnante, des centres hospitaliers d'Alma et de Métabetchouan, comme le dit également Christian Bouchard, dans son mémoire de maîtrise :

¹¹⁰Ces propos ont été recueillis à l'antenne de TV 5 (la télévision internationale), le 24 avril 1996, à l'émission «Entretien avec...» Où Mme Michèle Cédric s'entretenait avec le docteur Xavier Emmanuelli. Une émission produite par «Centre R.T.B.F., Bruxelles, 1995.

¹¹¹Jn 13,34 : "Comme je vous ai aimés, aimez-vous les uns les autres".

¹¹²1P 3,8 : "Enfin, soyez tous dans de mêmes dispositions, compatissants, animés d'un amour fraternel..."

“Aucun lien significatif n'existe entre les paroisses... et le Service de pastorale du centre... L'aumônier de cet hôpital (ici il parle du Centre hospitalier de Roberval) n'est pas intégré à la vie chrétienne du secteur... Il est d'ailleurs très peu connu de la population.”¹¹³

Un très gros travail est donc à faire, afin de sensibiliser l'ensemble de la communauté sur la nécessité de se donner une politique d'intervention “pastorale” auprès des malades hospitalisés et sur la collaboration qu'elle devrait avoir avec les aumôniers des centres hospitaliers, afin de permettre un agir communautaire actif et pleinement engagé. L'Église, toute riche de son passé, se doit de se tourner de façon résolue vers l'avenir et innover en trouvant une nouvelle façon d'être présente à la personne malade. Pour ce qui est de la formation, qui est visiblement manquante, le diocèse aurait grandement besoin de se donner une politique d'ensemble qui amènerait le clergé et ses agents de pastorale à s'investir davantage dans ce secteur que je n'hésite pas à qualifier “d'enfant pauvre” dans notre diocèse, par son manque d'implication et de visibilité.

Il se fait donc bel et bien de *l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*. Cependant, deux défis sont à relever afin que la pastorale (la spiritualité et l'accompagnement) reprenne sa place dans nos services de soins hospitaliers. Je termine ce présent chapitre, en laissant Raymond Vaillancourt nous les présenter :

“Un premier concerne l'intégration de l'action pastorale dans un système médical complexe et parfois indifférent à la dimension spirituelle. Un second portant sur la responsabilité des laïcs dans la mission pastorale de l'Église face aux divers types de malades. L'action (accompagnement) pastorale n'appartient pas seulement aux

¹¹³Bouchard, C., in «*La présence chrétienne en milieu psychiatrique, l'espace d'une communication*», Mémoire de maîtrise en théologie, UQAC, juin 1988, p 30.

responsables officiels de la pastorale, qu'ils soient prêtres, diacres, religieux, religieuses ou laïcs. Elle doit être portée de façon toute spéciale par ceux et celles qui se disent croyants.¹¹⁴

Passons donc maintenant la parole à la personne malade et écoutons-la nous dire ce qu'elle pense de "*l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*".

¹¹⁴Vaillancourt, R., «Évolution historique», in *Liturgie, foi et culture* (bulletin national de liturgie), volume 24, no 124, décembre 1990, p. 17.

CHAPITRE TROISIÈME

“À L’ÉCOUTE DU MALADE”

Un bon bout de chemin a été parcouru dans la présente recherche. Ainsi, nous savons maintenant qui accompagne la personne malade en milieu hospitalier et qu’elles sont les différentes formes d’accompagnements. Nous savons également qu’un accompagnement dit “*pastoral*” est mis à la disposition de la personne malade, tant au Centre Hospitalier de Métabetchouan qu’à l’Hôtel-Dieu Alma. Cependant, la personne au centre de la présente recherche, soit le malade, n’a pas encore eu droit de parole.

Ainsi, dans ce troisième chapitre, comme le titre le laisse entendre, c’est la parole de la personne malade, recueillie au cours des cinq dernières années, sous formes de confidences et d’entrevues, dans l’accomplissement de mon mandat pastoral auprès de ces derniers, au

Centre hospitalier de Métabetchouan puis à l'Hôtel-Dieu d'Alma, que nous entendrons. Elle viendra ainsi nous dire ce qu'elle reçoit ou désirerait recevoir comme accompagnement de la part de ceux et celles qui s'activent tout autour d'elle. Je me servirai également de l'expérience de mon épouse¹ ainsi que de mon expérience² toute récente de la maladie.

Afin de bien nous mettre en situation, nous débiterons par trois récits de personnes qui ont eu à être hospitalisées. Ces trois récits serviront, par la suite, de support à la continuité du présent chapitre.

3.1-Le récit de monsieur X et de son épouse

“La journée avait commencé comme n'importe quelle autre journée. Je me suis levé et je suis allé travailler. Dans la journée, je me suis mis à faire un peu de température, Je croyais que j'étais pour avoir la grippe. En hiver, rien de plus normal. Le soir, chez moi, j'ai pris des médicaments et je me suis couché tôt. Mais dans la nuit, vers 3 heure du matin, plus rien ne va. Je réveille mon épouse et lui dis : “conduis-moi à l'hôpital, je vais mourir”. Je faisais 40,7 de température.

Lorsque mon époux est arrivé à l'hôpital, nous ne savions pas du tout ce qu'il avait. Dans le temps de le dire, il s'est retrouvé aux soins intensifs, et rien ne faisait baisser sa température et ce, pendant plus de 24 heures. Finalement, après bien des examens, l'on nous annonce qu'il a le même virus que Lucien Bouchard, la mangeuse de chair. Tout un branle-bas s'est effectué, tout autour de mon mari. Nous étions dans tous nos états, ne sachant pas où cela allait nous conduire.

¹Voir introduction en page 1-3.

²Le 10 septembre 96, opéré d'urgence en soirée pour une appendicite aigue.

Durant tout ce temps, mon mari et moi, nous ne savions pas où nous accrocher. Un des médecins nous a même dit : “si vous êtes croyants, demandez l’aide du Ciel car je ne puis rien vous garantir”. Nous avons prié mais nous n’avons pas pensé à demander l’aumônier et personne, du personnel hospitalier, ne nous a conseillé ou suggéré de le faire venir, pour faire un bout de chemin avec nous.

Lorsque j’ai vu l’aumônier pour la première fois, cela faisait déjà 7 jours que j’étais à l’hôpital. J’étais même sorti des soins intensifs. Nous aurions apprécié et eu besoin de sa présence au tout début.

J’ai été bien soigné et mon cas était surveillé de près. Mais c’était la maladie qui était sous observation constante et cela je l’ai très bien ressenti. Je dois même dire que parfois je me sentais comme un cobaye. Si j’avais pu laisser ma jambe, je crois bien que j’aurais pu sortir de l’hôpital sans problème. Quelquefois, j’avais l’impression que ce n’était que ma jambe qui était soignée, comme si je n’y étais pas. Heureusement que ce n’est pas toutes les infirmières qui sont ainsi. On aurait dit que pour certaines d’entre elles, que ça les tannait de me soigner, tandis que d’autres prenaient le temps de me sourire, de me parler, de m’encourager, de parler avec ma femme. Pourtant, j’étais toujours dans le même hôpital, le même département. La relation entre moi comme patient et le personnel a été, dans bien des occasions, inexistante. Il faut dire que le personnel est réduit au minimum et que les infirmières ne font que ce qu’elles peuvent.

Quand je repense à tout cela, malade comme j’étais l’on aurait dû m’offrir le sacrement des malades. Cela aurait été une grâce de plus pour moi. Je trouve qu’il y a eu un manque de ce côté-là.

La maladie, cela n’a rien de drôle mais quand on est un cas parmi d’autres cas et non une personne, cela n’a rien pour vous aider à avoir un meilleur moral. Je crois que le

gouvernement et la direction de l'hôpital devraient se pencher sur la dimension humaine des soins, même si nous sommes en temps de coupures et de restrictions budgétaires.

Je vais sortir dans 5 jours et je puis dire que je ne vois plus la vie de la même manière qu'avant ma maladie. Désormais, je vais plus apprécier la vie et prendre le temps pour dire merci pour ce que j'ai."

3.2-Le récit de madame Y

Voici le récit de toute une vie qu'a bien voulu me livrer une vieille dame, au Centre hospitalier de Métabetchouan. C'est une vie mouvementée et pleine de souffrances tant physique, psychologique que spirituelle, de déceptions et de découragements. La voici résumée en quelques lignes pour les besoins de la présente recherche.

Elle a eu une enfance avec de bons parents mais elle était toujours malade. Elle n'a pas été longtemps à l'école. Déjà mariée à 18 ans, elle a eu 6 enfants. Son mari était alcoolique et il sortait avec les femmes.

Son sixième enfant, elle le perd à la naissance. Suite à ce décès, elle fait une grosse dépression et doit être hospitalisée à Chicoutimi durant plusieurs mois. Demeurant dans le haut du Lac Saint-Jean, elle est loin des siens. Durant son hospitalisation, la maison brûle et un de ses enfants meurt dans l'incendie.

Son mari est allé jusqu'à la faire interner comme folle à Saint-Michel Archange à Québec. Ses frères et soeurs réussissent, après plusieurs démarches, à la faire sortir de cet endroit avec l'aide d'avocats et la font hospitaliser au Centre hospitalier de Métabetchouan car sa santé physique est devenue déficiente. Cependant, elle garde toute sa lucidité. Elle y est depuis 20 ans. Elle ne marche plus, fait de la haute pression, a des problèmes de coeur... etc.

entre temps, son mari avait donné les quatre enfants vivants en adoption légale. Il a vécu par la suite avec plusieurs femmes, sans plus jamais se préoccuper d'elle. Il est décédé il y a environ 10 ans.

Durant toutes ces années, elle a quand même réussi à garder des liens affectifs avec ses enfants qui viennent la visiter de temps à autre. Elle ne pardonne pas à son mari ce qu'il a fait. Pour elle c'est un monstre et même si aujourd'hui il est mort, elle ne lui pardonne toujours pas.

3.3-Mon récit personnel

Dans le cadre de ma maîtrise, j'ai eu la chance, si je puis m'exprimer ainsi, d'être malade. En effet, le 10 septembre 96, je me suis subitement retrouvé à l'hôpital, en urgence, avec une appendicite aigue (je saurai par la suite qu'elle était éclatée). Je fus donc opéré sur le champ.

Trois jours après mon opération, je me suis retrouvé avec des complications. L'infection avait gagné ma plaie et s'étendait à la grandeur de mon ventre. La nuit de vendredi à samedi fut terrible pour mon moral. Mon drain ne fournissait plus et, toute la nuit, les infirmières durent changer et mes pansements et mon lit (plus de 5 fois).

Je n'en parlais pas, mais j'étais sûr et certain que je ne verrais pas la lumière du jour à venir. J'avais, pour ainsi dire, cessé de combattre. J'avais abdiqué face à la mort, ma mort.

Le lendemain matin, j'étais toujours de ce monde mais la nuit m'avais paru une éternité. Le chirurgien dut ré-ouvrir ma plaie afin de remédier à la situation, avec surdose d'antibiotique intraveineuse et un drain abdominal supplémentaire.

Comme malade, je dois avouer que je me sentais à la merci de tout le personnel

hospitalier. Tu ne manges plus, tu dors seulement quand c'est possible et encore, à tout instant, une infirmière vient vérifier le soluté, le drain, les antibiotiques, la température, la pression, faire une prise de sang, injection d'anti-coagulant, changement des pansements...

Malade, tu n'es plus maître de ta destinée car tout le monde, sauf toi, a droit de regard sur l'évolution de "ta" maladie. Tu ne contrôles plus rien, tu es contrôlé. Comme malade, je me suis donc retrouvé dans un état de frustration assez avancé.

Heureusement, je dois avouer que j'ai eu un excellent accompagnement de la part de mon médecin traitant, même si ce dernier ne me voyait que quelques minutes par jour. Le service infirmier fut extraordinaire. Toutes ces infirmières ont su être attentives à ce que je vivais. Toutes, elles ont su m'encourager dans ma maladie, dans ma souffrance physique. L'accompagnement humain et psychologique fut donc excellent.

Durant tout le temps de mon hospitalisation, soit neuf jours, aucune auxiliaire bénévole n'est venue dans la chambre où je me trouvais et pourtant, elle disent rencontrer tous les patients hospitalisés.

Du côté pastoral, je dois admettre que j'ai été gâté. Étant membre du Service de pastorale, plusieurs membres bénévoles m'ont rendu visite et les deux aumôniers sont également venu me visiter et m'apporter la communion. Mais mon voisin de lit, n'y a pas eu droit. Lui, on ne l'a pas visité et encore moins accompagné pastoralement.

3.4-Des témoignages concordants

Toute atteinte à l'intégrité physique ou psychologique est vécue, par la personne malade, comme une épreuve solitaire, angoissante et douloureuse. L'entrée en «maladie» provoque des changements profonds dans la personnalité du malade, ébranle ses convictions

tant humaines que spirituelles, modifie ses comportements et transforme son rapport au corps et ses relations avec son entourage. Comme le dit Marie-Georges Fayn :

“L’univers hospitalier, déjà insécurisant de par son gigantisme, la complexité de son organisation et l’hermétisme du langage de ses professionnels, devient traumatisant pour la personne malade, quand il y a carence dans les rapports humains et spirituels.”³

De plus, se sentant coupable (dans bien des cas) d’être malade ou infirme, perdu dans un système où tout lui est étrange, à commencer par son propre corps morcelé par la science, livré aux techniciens, le malade attend son diagnostic qu’il recevra comme un verdict. Ainsi, dans la solitude de sa chambre effleure pour certains l’espoir d’une guérison, pour d’autres la probabilité d’une rémission.

Entre vie et mort, entre acquittement et condamnation, la conscience du malade oscille. Alors l’éternel «pourquoi ?» et sa suite d’interrogations existentielles, questions philosophiques ou théologiques viennent hanter le malade. Les traitements ont peu d’effets sur ces souffrances psychologiques. Toutefois elles peuvent être grandement adoucies par l’attention d’un médecin, d’une infirmière, de l’aumônier ou d’un bénévole.

Le fait d’être alité pendant de longues heures, pour ne pas dire de longues journées, et parfois de côtoyer la mort conduit bien souvent le malade à la méditation. Pour les croyants, ce cheminement aura une signification particulière et sera l’occasion d’une rencontre privilégiée avec Dieu; pour d’autres, il s’agira d’une expérience d’intériorité unique et absolue.

Mais cette rencontre, ce face à face avec Dieu ou cette expérience d’intériorité a besoin

³Fayn, M.-G., *Humaniser les soins*, Paris, ESF éditeur, 1995, p 60-61.

de soutien pour permettre au malade de déboucher sur un plus, l'aider à surmonter sa révolte face à sa maladie. Ce soutien, les malades l'ont-ils ? L'Église s'implique-t-elle suffisamment auprès de la personne malade hospitalisée ? C'est ce que nous allons tenter de découvrir en les écoutant.

Mon expérience personnelle, en accompagnement des malades, m'a permis de constater que, bien souvent, les croyances religieuses sont un des facteurs qui devraient entrer en ligne de compte dans les soins aux malades. Je suis certain que vous avez souvent entendu des gens se demander : "Qu'est-ce que j'ai fait au bon Dieu pour mériter ça !" Dites-vous que ceux et celles qui prononcent de telles paroles, vous envoient un message de culpabilité, un appel à l'aide. C'est une souffrance de plus pour le malade qui bien souvent retarde sa guérison ou qui prolonge inutilement son agonie. De fait, culpabilité et colère sont des sentiments qui surgissent régulièrement chez les personnes malades. Par exemple, ce cours récite de madame Y⁴ du Centre Hospitalier de Métabetchouan, qui ne voulait pas pardonner à son mari, décédé depuis plusieurs années, tout le mal qu'il lui avait fait :

“ Elle souffrait d'insuffisance cardiaque et pulmonaire, ne marchait plus, elle était en révolte et se demandait pourquoi Dieu, supposé si bon, ne venait pas la chercher. Une fois qu'elle eut décidé de pardonner à son époux et de lui faire chanter une messe, elle était toute rayonnante de joie. Dans sa maladie, elle disait être en paix et prête à partir.

Quelques jours plus tard, une infirmière l'a trouvée morte. Elle était partie en paix durant son sommeil, pour un au-delà de joie et de paix avec son “Bon Dieu” tant espéré et désiré.”

Ce passage vers le pardon lui a été possible grâce à *l'accompagnement pastoral* qu'elle a eu durant les derniers instants de sa vie. La médecine lui apportait le soulagement physique

⁴En complémentarité au récit de madame Y au point 3.2.

(ce qui est son spécifique), mais elle avait aussi besoin de soulagement spirituel. Cette dame a vécu avec cette souffrance⁵ durant plus de 25 ans, soit la durée de son hospitalisation. Un accompagnement pastoral adéquat lui aurait permis une qualité de vie plus élevée⁶ durant tout son séjour à l'hôpital, mais cet accompagnement a été déficient. Personne ne se préoccupait de son état d'âme. À la place, on la gavait de pilules de toutes sortes, afin d'endormir son mal physique. Nous avons donc ici un exemple parmi tant d'autres où l'accompagnement pastoral aurait pu faire toute la différence, si ce service d'Église avait été bien établi.

Mais le Service de pastorale n'est pas le seul responsable. Le manque de relations entre médecins et malades est aussi cause d'angoisse⁷ et de stress pour ces derniers. Le patient,

⁵Comme le dit Marcel Neusch, dans son livre intitulé *Le mal* (la bibliothèque de formation chrétienne), Paris, Centurion, 1990, en page 92 : "La souffrance requiert d'autres remèdes : visite, écoute, geste d'amitié, parole de réconfort, présence silencieuse, soutien spirituel, etc. Sans une telle aide, la souffrance achemine irréversiblement vers le silence et l'exclusion". (En reprise de la note et du texte de la page 81, pour l'éclairage de son texte)

⁶Tiré de «En milieu de santé, les Services de pastorale sont plus utiles que l'on croit», de Claude Fortin et Robert Dion, paru en juin 1995, dans la revue *Artère*, p. 6 : "Les recherches de J. L. Florell, qui a étudié le processus de guérison chez 44 patients ayant subi une chirurgie de la hanche, révèlent que le fait de porter attention au vécu religieux et à la spiritualité des usagers permet à ceux qui sont atteints de graves maladies, d'avoir une meilleure qualité de vie et de favoriser le processus de guérison. Il a également constaté que des éléments de l'expérience religieuse, telle que la pratique dominicale, la foi en Dieu et la croyance que la religion est une source de force morale et de réconfort, favorisent le processus de guérison. Il note également dans sa recherche, que l'apport des Services de pastorale entraîne une diminution des coûts des soins de santé dans un hôpital. Le Dre Élisabeth McSherry a également fait une recherche dans le même sens, dans un hôpital de la région de Boston. Ses données préliminaires révèlent que des interventions plus marquées de la pastorale (totalisant plus d'une heure de rencontre pour chaque usager durant son hospitalisation) permettaient de raccourcir cette hospitalisation de un à deux jours par rapport aux autres usagers".

⁷Je me permets de reproduire ici, la partie d'un texte d'Eugen Drewermann, pris dans *La parole qui guérit*, traduit de l'allemand par Jean-Pierre Bagot, Paris, Éditions du Cerf, 1991, p. 310-311, où il nous parle ainsi de l'angoisse : "Sören Kierkegaard m'a appris à voir dans l'angoisse le problème fondamental de l'existence humaine. L'angoisse constitue le problème essentiel de l'homme, elle ne peut s'apaiser que par la rencontre d'une volonté absolue désireuse de nous voir être. Pour le croyant et le théologien, cette volonté, c'est Dieu. (...) La façon dont il s'adresse à nous est similaire à la révélation du soleil aux fleurs : c'est sa chaleur et sa clarté qui

ausculté, passé au scanner, ne veut plus que son dossier médical parle pour lui. C'est le message de Nanni Moretti, qui dénonce dans son film autobiographique *Journal intime*, certaines carences de la médecine. Atteint d'un cancer mais traité pendant un an pour des maladies de peau, il témoigne :

“Avec tout ce qui m'est arrivé depuis un an, j'ai appris que les médecins savent parler mais pas écouter.”⁸

Ce phénomène, nous le rencontrons bien souvent chez nous également, comme si les praticiens, concentrés sur les symptômes, oubliaient de prêter attention à la personne. Si le médecin traitant de madame Y avait vraiment pris le temps de s'asseoir et de discuter avec elle, il aurait pu découvrir plus tôt ce qui n'allait pas chez elle et y trouver une solution adéquate rapidement.

Que penser du récit de cette autre femme⁹ :

“Elle demande à une infirmière de l'aider pour mettre ses bas et l'asseoir dans sa chaise. L'infirmière lui dit de le faire seul, qu'elle est capable.

Sur son dossier est inscrit : ne pas se pencher, ne

les font s'ouvrir à sa lumière. De même, c'est en trouvant autour de nous présence, bonté, confiance, que nous percevons Dieu; à l'arrière-plan de chacune de ces attitudes humaines positives, il se révèle comme personne. Et quand nous sommes plongés dans l'angoisse, ce sont des rencontres de ce genre qui nous permettent de reprendre confiance et qui, en dépit des dangers et des abîmes, nous rendent capables de croire en une bonté universelle qui a d'elle-même forme de personne”.

⁸Cette citation, de Nanni Moretti, a été prise dans *Humaniser les soins* de Marie-Georges Fayn, Paris, ESF Éditeur, 1995, en page 14.

⁹Hôtel-Dieu d'Alma, une dame de 72 ans, opérée pour les cataractes. Elle est tombée chez elle. Elle ne peut plus marcher. Elle est en chaise roulante pour le reste de sa vie.

pas se lever seule.

L'infirmière a répondu de façon brutale et impolie. Ceci est un cas particulier mais ce fait est quand même arrivé.

La vieille dame pleure. Elle est découragée. Elle dit ne plus vouloir vivre ainsi. Elle n'a pas de parent sauf un frère, à l'hôpital lui aussi. Elle ne sait pas ce qui va lui arriver."

Je réussis à la reconforter mais, quand je partirai, qui prendra la relève pour poursuivre l'accompagnement ? Elle retombera dans la négative, dans l'angoisse¹⁰ et recommencera à pleurer. Comme elle le dit : "je n'ai plus que celà à faire".

Le manque de temps dont dispose l'infirmière, suite aux nombreuses coupures, l'a peut-être amenée à répondre ainsi à cette dame. Mais là n'est pas le problème. Elle aurait dû prendre le temps nécessaire afin d'aider la dame ou bien encore lui dire : "je vais revenir dans quelques minutes". Elle aurait dû lui demander si une personne de la famille pouvait venir l'aider ou bien lui proposer de faire venir une bénévole auxiliaire, ce qui aurait réglé une bonne partie de son problème qui est visiblement un problème d'accompagnement humain et spirituel.

Un cas bien particulier ? Au contraire, chaque malade, chaque personne est un cas particulier et que des situations comme celle-ci se produiront de plus en plus, dans les années à venir, avec le vieillissement de notre population, si nous ne prenons pas les moyens qu'il faut pour accompagner, de façon adéquate, ces personnes qui sont désemparées, tant au point de vue humain que spirituel. Cela nous démontre, une fois de plus, que *l'accompagnement pastoral*, comme service d'Église, a encore beaucoup à faire, avant d'être vraiment un service opérationnel et accessible pour tous les malades.

¹⁰Voir en page 101, la note de bas de page no.7.

Les relations humaines sont très importantes pour la personne hospitalisée. À preuve, ce monsieur de 69 ans en soins prolongés au Centre Hospitalier de Métabetchouan, qui nous livre ce qui suit :

“La chose la plus importante pour moi, rendu à mon âge, ce sont les relations humaines.

Pourquoi ?

C’est que la journée où je ne serai plus en relation, en contact avec le monde, je serai mort. Et celà, je ne le veux pas pour tout de suite.

Vous savez, quand on est malade et seul dans notre chambre, la jugeotte, ça marche sans arrêt. Pour penser à de belles choses oui, mais plus souvent pour déprimer. Une personne seule, ça brouille souvent du noir et ainsi, elle dépérit.

Vous savez, à mon âge, on est pour ainsi dire rendu à bout de vie. De plus, je suis malade. Je me pose donc beaucoup de questions sur le pourquoi de ma maladie ? Pourquoi je n’ai pas droit à une vieillesse sans problème ? Est-ce Dieu qui a voulu celà ? Et bien d’autres encore.

Rarement, j’ai l’occasion de parler de ces choses là. Ça tanne le monde. Ils disent ne pas avoir le temps ou ne pas le savoir. Y a bien l’aumônier, qui vient, de temps à autre, pour me donner la communion mais y reste pas assez longtemps pour en jaser. De plus, il a probablement des personnes qui en ont davantage besoin que moi.

Mais là, d’en parler avec vous, ça me fait du bien, même si je n’obtiens pas toutes les réponses. Au moins, j’en ai parlé et quelqu’un m’a écouté.”

Ce que cet homme est venu nous partager, c’est l’isolement avec lequel il doit vivre à chaque jour. Il y a, bien entendu, les autres malades avec qui il peut partager, les infirmières qui voient au contrôle de sa santé physique, ainsi que quelques personnes qui le visitent

occasionnellement. Mais une chose importante lui manque grandement. Cette chose, c'est une écoute attentive¹¹, un soutien psychologique et moral, de même qu'une écoute spirituelle, puisqu'il se questionne même sur le rapport que pourrait avoir Dieu avec sa santé.

L'aumônier le visite mais, pour lui, cette visite est plus "sacramentelle" (vient pour lui donner la communion et le confesser) que "pastorale" (qui implique une écoute, un soutien, un accompagnement). Il aimerait bien discuter avec lui mais ayant peur de le retarder, de prendre de son temps, il laisse faire et accumule des questions sans réponse.

L'aumônier, pour sa part, ne lui a jamais exprimé sa disponibilité. De plus, ce qui n'aide pas, c'est que ce dernier n'est qu'à demi temps à ce centre hospitalier. Il y aurait donc avantage à ce que l'aumônier offre la possibilité d'une écoute pastorale, aux personnes malades qui en ont grandement besoin, comme le souhaite ce malade :

"Venez me voir, arrêtez quand vous passez,
réveillez moi, si je dors. Je n'ai pas grand monde
à qui parler et me confier."

Ces deux phrases nous en disent beaucoup sur le besoin d'écoute et d'accompagnement des personnes malades en milieu hospitalier. Le Centre Hospitalier de Métabetchouan a remédié en partie à cette situation, en engageant une agente de pastorale à demi-temps, qui aura justement pour tâche, d'offrir un accompagnement pastoral aux malades du centre.

Ce manque d'écoute et d'accompagnement en milieu hospitalier, Jeanne d'Arc Lebel¹²

¹¹Comme le dit Marcel Neusch, dans *Le mal* (la bibliothèque de formation chrétienne), Paris, Centurion, 1990, en page 91 : "En réussissant à briser le mur du silence, la personne qui souffre s'ouvre à l'espace de la communication. Ne pas se sentir exclu, c'est déjà ne plus être prisonnier de sa souffrance".

¹²Jeanne d'Arc Lebel, «Inévitablement la vie, l'amour, la mort», in *L'Infirmière du Québec*, novembre/décembre 1995, p 42-45. Elle fut infirmière durant de nombreuses années.

l'a également constaté, lorsqu'elle dut être hospitalisée à trois reprises :

“Quand j'étais malade, il n'y avait pas «grand monde» pour écouter ce que j'avais à dire. J'ai souffert de cette absence et je me suis dit «si j'en ai souffert, d'autres en souffrent aussi». Ce constat m'a permis de prendre conscience de l'existence d'un besoin social réel.

Une personne malade a besoin de raconter ce qu'elle vit et ce qui lui arrive au cours de sa maladie, parce que c'est un événement extraordinaire dans sa vie. Être malade bouleverse toujours; il est essentiel d'avoir quelqu'un à qui en parler, qui sache nous écouter et nous soutenir tant psychologiquement que spirituellement car l'être humain c'est tout cela à la fois.”¹³

Plusieurs personnes hospitalisées déplorent le fait qu'ils n'ont pas beaucoup de visite et qu'ils manquent d'accompagnement. Cependant, il ne faut tout de même pas généraliser. À preuve, cet homme de 38 ans¹⁴, atteint de la fameuse bactérie “mangeuse de chair”¹⁵ :

“Je vous dis que j'ai passé proche.

Je suis croyant mais pas un pratiquant de tous les dimanches.

Tu es en bonne santé, puis en l'espace de quelques heures, tu risques d'y passer. Je peux te dire que ça

Un accident d'auto la força à quitter son emploi. Elle étudie alors en psychologie et en sciences religieuses. Elle s'implique par la suite à l'hôpital Maisonneuve Rosemont où elle accompagne depuis, des cancéreux et des mourants. Elle est également formatrice de bénévoles en accompagnement à ce même endroit.

¹³En concordance avec le texte que vous retrouverez aux pages 47-48.

¹⁴En complémentarité au récit de monsieur X, au point 3.1.

¹⁵Streptocoque type “A”.

m'a fait réfléchir. Il y a même un médecin qui m'a dit : "Nous faisons tout ce qu'il faut mais si tu es croyant, demande de l'aide d'en haut". J'ai trouvé ça spécial, qu'un médecin me dise de demander de l'aide au Bon Dieu.

L'aumônier est venu me voir oui, mais sept jours après mon hospitalisation. Moi, sur le coup, je n'ai pas pensé à le demander. Cependant, les gens auraient dû me le proposer¹⁶. J'aurais sûrement apprécié sa visite et recevoir le sacrement des malades, même si je n'avais pas le goût de parler. Il est donc venu me voir et l'on a fait un bon bout de jasette. Je l'ai trouvé humain et à l'écoute de ma souffrance. Et aujourd'hui, c'est vous.

Je pense que je n'ai pas pensé à Dieu et parlé de religion, autant que depuis que je suis à l'hôpital. Même que je suis surpris que ça me fasse du bien.

Je ne sais pas si je vais devenir "plus pratiquant", mais chose certaine, ça m'a permis de me rendre compte que je dois faire une place plus grande à Dieu dans ma vie et qu'il ne faudra pas que j'attende une nouvelle épreuve pour reprendre un vrai dialogue avec Lui."

Ce récit est révélateur d'une situation bien réelle. Effectivement, si l'aumônier n'a pas la collaboration de l'ensemble du personnel hospitalier, il ne pourra jamais offrir un service à la hauteur des attentes des malades. Ici, le personnel infirmier n'a pas tenu compte du côté

¹⁶Cela rejoint très bien ce que Yvon Paquin, aumônier au Centre hospitalier Saint-Augustin, nous livre dans «L'intervention pastorale auprès du bénéficiaire», in *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993, p. 261-267 : «L'aspect spirituel de sa personne (le malade) et son besoin d'exprimer sa foi sont souvent totalement ignorés du personnel. «Ça regarde l'aumônier !» (mais on ne le propose pas). Négliger cet aspect, c'est manquer de respect pour la personne humaine, car c'est le spirituel qui fait que nous sommes des hommes et des femmes. C'est autant au médecin, à l'infirmier (ère) d'identifier les besoins spirituels (p 265).

spirituel de la personne malade comme il aurait dû le faire, tel qu'enseigné¹⁷ dans la formation qu'il reçoit.

Ce malade a grandement apprécié la visite de l'aumônier ainsi que la mienne. Cependant, comme il nous le dit, il aurait apprécié recevoir le sacrement des malades qui, pour lui, aurait été une grâce supplémentaire dans sa lutte contre cette terrible maladie. Mais l'on ne lui a pas proposé de le faire venir.

La présence pastorale, quoi que tardive, lui aura donc permis de réactiver cette foi en Dieu, foi qui couvait sous les cendres, de reprendre contact avec Lui. Ce service d'Église aura donc permis à ce jeune homme de renouer des liens avec son Église d'appartenance et possiblement avec sa communauté, une fois de retour chez lui.

Il y a également le témoignage de cet homme, atteint d'un cancer généralisé, qui a bien voulu nous confier ce qui suit :

“Sans espoir, la vie n'aurait plus eu de sens pour moi et je me serais probablement suicidé. Ce sont les visites, que m'ont fait les membres de la pastorale, qui m'ont permis de garder l'espoir et ainsi, de garder malgré tout le goût à la vie.

Quand le médecin te dit : «vous êtes condamné», y faut du monde pour vous aider, autre que la famille car, elle aussi est sous le choc de cette annonce. Ça prend du monde pour nous aider à retrouver un certain sens à notre vie ou du moins à ce qui nous en reste à vivre.

¹⁷Patricia A. Potter et Anne G. Perry, dans *Soins infirmiers - théorie et pratique*, St-Laurent, ERPI. 1990, au chapitre 31 intitulé «La santé spirituelle», nous disent ceci : “L'infirmière doit connaître les besoins spirituels généraux du client et aider celui-ci à les satisfaire (p. 812), elle doit tenir compte des problèmes spirituels du client (p. 815), ou trouver quelqu'un en mesure de le faire (p. 818)”.

L'aumônier et son Service de pastorale, nous ont beaucoup aidés, ma famille et moi, dans cette démarche. Il nous ont soutenus, aidés à retrouver une certaine sérénité, à accepter la situation et à nous tourner vers Dieu.”

Ce témoignage, qui pourrait être celui d'un très grand nombre de personnes malades, nous permet de constater la nécessité de garder en santé le Service de pastorale dans nos centres hospitaliers. En effet, dans les grands moments de crises, l'être humain a besoin de bouées de sauvetages auxquelles il puisse se raccrocher, afin de ne pas se noyer, sombrer dans la désespérance.

La médecine est une de ces bouées. Mais bien souvent, elle est insuffisante. C'est alors que la présence chrétienne, tout spécialement "*l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*", prend tout son sens et devient un service et un soutien essentiel tant pour la personne malade que pour sa famille. C'est pour ces raisons que le service de pastorale d'un centre hospitalier se doit d'être à l'écoute du malade et de sa famille, qu'il se doit de se faire connaître, de ne pas attendre d'être demandé mais bien de s'offrir directement aux malades, car bien souvent, un service non offert devient un service non demandé, un service oublié.

À preuve, mon récit d'introduction¹⁸, où je relate la maladie de mon épouse Louise. Le Service de pastorale ne lui a pas été offert, ni la visite de l'aumônier proposé et Dieu sait, si à ce moment bien précis, sa présence aurait été grandement appréciée, ainsi que par moi-même. Il y a donc eu manquement majeur, tant du côté nursing que du côté de la pastorale.

¹⁸Voir l'introduction du présent ouvrage en pages 1 à 3.

3.5-Mon expérience en tant que malade

Au moment de rédiger le présent chapitre, j'ai eu la chance, si je puis m'exprimer ainsi, d'expérimenter la situation de la personne malade en milieu hospitalier¹⁹. Cela m'aura permis de constater l'authenticité des dires et des uns et des autres.

Ma maladie m'aura permis cette première constatation : face à la souffrance, nous sommes complètement désarmés, déstabilisés, désorientés. La souffrance nous anéantit. Dans un tel contexte, le malade a grandement besoin de soutien, d'assistance pour l'aider à refaire surface dans un monde qui, dans le temps de le dire, lui devient totalement inconnu. En l'espace de quelques minutes, je me suis retrouvé en pleine noirceur. Pour m'en sortir et trouver le chemin de la guérison, la route a été abrupte et l'aide de mes semblables m'aura été nécessaire.

Une seconde constatation me permet de dire qu'à l'Hôtel-Dieu d'Alma la personne malade y est encore très bien soignée. Il est vrai que le médecin priorise, par dessus tout, le problème médical. C'est le corps malade qu'il soigne, quoi qu'à plusieurs reprises il se soit enquéri de mon état général, de mon moral. Le personnel infirmier a fait preuve de professionnalisme et jamais, je n'ai eu à me plaindre d'un manquement quelconque à mon égard, ni envers mon compagnon de chambre. L'accompagnement médical et humain y est donc excellent.

Une troisième constatation concerne les auxilliaires bénévoles. Celles-ci ont pour mandat de visiter chaque personne hospitalisée, au moins une fois durant leur temps d'hospitalisation. Ces dernières n'ont pas donné signe de leur existence, durant tout le temps de mon hospitalisation.

¹⁹Voir mon récit personnel, au point 3.3.

Ma quatrième et dernière constatation touche le point central de ma recherche, l'accompagnement pastoral. Ici, je suis un peu entre l'écorce et l'arbre. Je m'explique. Faisant parti du Service de pastorale de l'Hôtel-Dieu d'Alma de par mon mandat pastoral, ses membres m'ont donc visité, en tant que "connaissance". Les deux aumôniers ont fait de même, en m'apportant à tous les jours la communion. Je fus donc choyé pour ne pas dire gâté par ce service.

Toutefois, deux points sont à noter. Le premier, c'est que durant ma maladie, même si je recevais, à tous les jours, la visite du prêtre, jamais je n'ai pensé demander à recevoir le "sacrement des malades" et cela, tout en étant "diacre et théologien". Jamais non plus l'on me l'a offert. Lorsque j'y repense aujourd'hui, j'aurais grandement apprécié le recevoir. Cela m'aurait procuré des forces spirituelles supplémentaires et m'aurait grandement aidé à traverser cette épreuve tant physique que spirituelle. Ce sacrement est donc encore malheureusement compris comme étant un sacrement pour mourant, en milieu hospitalier.

Le second point, c'est que, durant mon hospitalisation, trois patients ont partagé, à tour de rôle, le second lit se trouvant dans ma chambre. Jamais les membres du service de pastorale ou les aumôniers n'ont adressé la parole ou donné la communion à ces dites personnes, sauf une fois, où un des patients a adressé la parole à l'aumônier en ces termes : "Moi aussi, j'aimerais bien avoir la communion". Cela me permet de conclure, que le service du prêtre est effectif seulement quand la personne malade en fait la demande. Et pourtant, lorsqu'on est malade l'on ne pense pas automatiquement au prêtre.

Je déplore donc, personnellement, le manque de "visibilité" et "d'offre de service", tant du Service de pastorale que de son directeur, l'aumônier. Il y a donc amélioration à apporter de ce côté, afin que ce Service d'Église demeure et conserve son droit d'exister en milieu hospitalier.

3.6-En conclusion.

Ce troisième chapitre, où le malade a eu droit de parole, aura permis de confirmer ce qui ressortait déjà dans le second chapitre, notamment que nos hôpitaux, par la sécularisation, passent plus ou moins sous silence le côté religieux de la personne malade. Le côté spirituel de la personne malade en est donc ainsi de plus en plus refoulé, placé en fin de liste des besoins à combler, quand il n'est pas tout simplement passé sous silence.

C'est pour cela que l'Église se doit de renforcer sa position, comme je l'ai déjà mentionné à plusieurs reprises, dans nos centres hospitaliers, en privilégiant une formation humanitaire et spirituelle adéquate de ses agents²⁰, en étant à l'écoute et au service de la personne malade.

J'aurais pu continuer, pendant de nombreuses pages, en reproduisant un grand nombre de récits supplémentaires de gens malades. Tout cela n'aurait fait qu'alourdir cette recherche et n'y aurait rien apporté de plus.

Dans tous ces récits, nous avons pu constater que, lorsque le Service de pastorale (l'aumônier ou les membres du service) donne signe de vie et va vers le malade, ce dernier l'apprécie énormément et nous le démontre très bien. Aucun des malades rencontrés, qu'il soit chrétien ou autre, pratiquant ou pas, n'a refusé d'accueillir, de parler avec une de ces personnes à ma connaissance.

Personnellement, une seule fois j'ai eu à me repositionner dans mon approche, pour venir à parler avec une patiente. C'était une "témoin de Jéhovah". Elle ne voulait pas me parler parce que je portais une croix. Pour elle, je représentais la religion catholique. J'ai tout bonnement enlevé ma croix et ainsi, elle a accepté de faire un bout de jasette avec moi. Chose

²⁰Prêtres, diacres, agents de pastorales, laïcs bénévoles.

curieuse, en l'espace de quelques minutes, nous parlions de Dieu et étions à faire des comparaisons entre son Église et la mienne, entre le Dieu qu'elle priait et le mien. Nous parlions du même Dieu. Par la suite, je suis revenu la voir mais sans être obligé d'enlever ma croix. Elle m'accueillait avec joie.

Tout cela nous démontre que même auprès des malades de croyances autres que la nôtre, si le Service de pastorale sait être à "l'écoute de la personne" dans son entièreté et "respecter les croyances du malade", il pourra l'aider grandement dans sa "quête" spirituelle et saura ainsi l'accompagner pastoralement. Comme nous le rappelle Jean Mahing : "c'est la pastorale qui doit s'adapter au malade"²¹.

Ce service d'Église est donc grandement apprécié des personnes malades et de leur famille. Toutefois, ne pensant pas toujours à le demander, il arrive que le malade manque d'un "*accompagnement pastoral*" dont il a grandement de besoin.

²¹Jean Mahing, «Les mourants et la mort», in *Prêtre et pasteur*, nov 1977, p 526.

Seconde Partie

“Critères et défis pour un accompagnement pastoral...”

Introduction

Chapitre quatrième : “Esquisse de problématique”

Chapitre cinquième : “L’enseignement de Jésus”

Chapitre sixième : “La pratique de l’Église auprès des malades”

INTRODUCTION

Le mot «pastorale» est largement employé aujourd'hui dans le langage de l'Église. Le concile Vatican II lui a également donné une place d'honneur dans sa présentation de la constitution *Gaudium et Spes* qualifiée de «pastorale»¹. La pastorale est d'abord affaire de foi et affaire de coeur². Jésus a puisé abondamment dans le monde familier de son temps, des

¹*Vatican II - les seize documents conciliaires*, Montréal, Fides, 1967, en note d'avant-propos de «L'Église dans le monde de ce temps» ; p.173 : «On l'appelle en effet Constitution «pastorale» parce que, s'appuyant sur des principes doctrinaux, elle entend exprimer les rapports de l'Église et du monde, de l'Église et des hommes d'aujourd'hui».

²Michel Scouarnec, *Pour comprendre les sacrements*, Paris, Les Éditions Ouvrières, 1991, p.141.

images pour communiquer le sens de sa mission et de sa personne.

Dans cette seconde partie, nous centrerons notre réflexion sur l'interprétation théologique qui vient soutenir *l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*. Elle nous permettra de trouver les clefs nécessaires à l'interprétation de l'agir chrétien auprès de ceux et celles qui ont besoin de présence et de chaleur humaine durant leur séjour en milieu hospitalier. Ainsi, en nous mettant à l'écoute de l'expérience chrétienne, vieille de 2 000 ans, nous pourrons mieux comprendre le rôle primordial qu'a à jouer, encore aujourd'hui, l'Église et tous les hommes et les femmes la constituant.

Mais dans un premier temps, je vous propose une esquisse de problématique à partir de ce qui se dégage de la première partie de la présente recherche.

CHAPITRE QUATRIÈME

“ESQUISSE DE PROBLÉMATIQUE”

Ce court chapitre se veut le condensé des points saillants et des constats que j’ai ainsi pu faire au cours des trois chapitres composant la première partie du présent mémoire. De cette façon, cette “rétrospective” constituera une esquisse de problématique au sujet des différents intervenants, et ce qui est vécu par la personne hospitalisée, avant d’aller de l’avant dans notre recherche au niveau des “sources chrétiennes”.

4.1-Situation de la recherche.

C’est ainsi que je puis résumer le tout premier chapitre, soit par ces six constats et les trois questions lui servant de conclusion.

Les trois premiers constats se présentent de la façon suivante. 1° Jusqu'à la loi des hôpitaux de 1962, la personne hospitalisée baignait dans une atmosphère catholique où le soutien et l'accompagnement pastoral étaient visibles, constants et accessibles en tout temps. 2° L'État, en se responsabilisant, assume désormais ce que l'Église avait mis en place et prend ainsi la gouverne de l'éducation et des soins de santé de ses citoyens³. 3° Le chambardement religieux, que nous avons vécu dans nos hôpitaux, est le reflet de ce qui s'est également produit à la grandeur du Québec⁴, et ce dans tous les domaines.

Le quatrième constat qui en est ressorti est que "l'agir pastoral, en milieu hospitalier, n'est pas un acquis définitif", mais bien quelque chose que se doit de soutenir et d'entretenir toute la communauté chrétienne environnante. Cela pourrait se faire par des actions concrètes, en s'impliquant soit comme employé croyant et pratiquant, ou encore comme bénévole auprès des malades, de nos malades⁵.

Le cinquième constat, je l'emprunte à J. Mahing. C'est le suivant : "lutter contre la maladie n'est pas suffisant. Il existe un autre domaine plus important : comprendre le malade qui souffre, qui voudrait parler de ses inquiétudes, de ses angoisses, de ses souffrances silencieuses et pour lesquelles on ne possède pas de moyens médicaux ou d'injections efficaces"⁶.

Finalement, un sixième et dernier constat nous a révélé que beaucoup d'intervenants s'activent auprès de la personne hospitalisée, à différents niveaux, dans un but commun : soit de l'aider à retrouver la santé, tant au niveau physique que psychologique, sociologique et

³Voir chapitre 1, page 14.

⁴Ibidem, page 16.

⁵Ibidem, page 16.

⁶Mahing, J., «Les mourants et la mort», in revue *Prêtre et pasteur*, nov. 1977, p. 522.

spirituel, ou bien soulager ses souffrances dans le cadre des soins palliatifs.

En guise de conclusion, ce tout premier chapitre se termine par les trois questions suivantes, qui trouveront réponses, dans les deux chapitres subséquents. Elles se présentent comme suit : 1° dans un contexte de compression budgétaire, de réduction de personnel, d'augmentation des tâches de travail, de virage ambulatoire et de chirurgie d'un jour, y a-t-il encore une place pour la pastorale hospitalière et plus précisément pour un accompagnement pastoral à l'aube du 21e siècle ? 2° En tant que chrétien, sommes-nous toujours conscient du rôle que nous avons à jouer auprès de la personne malade ? 3° Où en est rendu notre accompagnement pastoral à l'aube du 3e millénaire et comment s'articule-t-il aux divers réseaux qui réalisent l'accompagnement des malades ?

4.2-L'écoute du milieu.

Le deuxième chapitre est entièrement consacré aux différents intervenants qui gravitent auprès de la personne hospitalisée. Cinq catégories ont ainsi été identifiées. Regardons ce qui s'en est dégagé.

4.2.1-Les infirmières.

Au sujet des infirmières, je peux donc, suite au parcours que j'ai fait avec elles, reconnaître que ces dernières font bel et bien, en plus des soins aux malades, de l'accompagnement, malgré le peu de temps qu'elles ont de disponible à cette fin.

Un second point, c'est qu'à travers les actes médicaux qu'elles accomplissent, les infirmières savent apporter une écoute, un soutien, un accompagnement et parfois même, une certaine aide spirituelle et chrétienne aux patients qui leur en font la demande. Un troisième et dernier point, c'est que la reconnaissance de la dimension spirituelle de la personne se reflète

chez l'infirmière, dans le respect qu'elle accorde à la personne, à la vie, à la liberté du client, à sa façon d'accompagner et au sens qu'elle donne à son travail. Toutefois, plusieurs disent se sentir mal à l'aise vis-à-vis des questions spirituelles.

4.2.2-Les médecins.

L'écoute des médecins m'aura permis de reconnaître qu'il y a possibilité de coexistence, dans nos hôpitaux, entre la technicité et l'humanisme, la médecine et la pastorale sans que l'un étouffe, vienne en conflit ou paralyse l'autre. De plus, plusieurs des médecins que j'ai rencontrés considèrent même la spiritualité comme complémentaire à la science médicale, voire comme une nécessité pour plusieurs de leurs patients.

Cependant, il y a des médecins qui considèrent que «l'ensemble des services de santé est en perte d'efficacité et s'éloigne ainsi de plus en plus du pourquoi ils ont été créés, soit d'être au service de la personne humaine dans son entièreté»⁷.

Finalement, nous pouvons affirmer que nos médecins sont de véritables accompagnateurs auprès de leurs patients. Même s'il y a encore beaucoup d'énergie à investir, au niveau de la formation humaine, plusieurs sont pour ainsi dire de véritables «accompagnateurs pastoraux», au sens humanitaire ainsi que par l'écoute paternelle que plusieurs accordent à leurs patients. Plusieurs n'en sont qu'à un pas de la pastorale dite religieuse.

4.2.3-Les accompagnateurs naturels.

Les membres de la famille de la personne hospitalisée, comme je l'ai mentionné au

⁷Voir texte complet en page 51, en plus des notes de bas de page numéros 32 et 33.

deuxième chapitre, sont ceux sur qui les réseaux institutionnels ont le moins de contrôle⁸, sur leur façon d'accompagner leurs malades. Il est normal qu'il en soit ainsi : cela fait partie de la vie. Cependant, par l'aide que peuvent leur apporter et leur donner le personnel infirmier et médical, ainsi que le Service de pastorale, c'est la catégorie d'intervenants qui est la plus susceptible et généralement la plus adéquate pour accompagner leurs malades, tant humainement que spirituellement, étant donné la connaissance profonde qu'ils ont des leurs.

4.2.4-Les bénévoles auxiliaires.

Concernant cette catégorie d'intervenants, ma recherche me permet de formuler les cinq constats suivants.

Le premier m'a frappé dès le début. C'est que, comme en Église, ce sont les femmes qui s'impliquent, majoritairement et de façon tout à fait gratuite, auprès des personnes malades et de leurs proches, dans différents services communautaires.

Le deuxième, qui est aussi frappant que le premier, c'est que ces femmes sont très conscientisées sur le rôle qu'elles jouent ou pourraient jouer auprès de la personne hospitalisée. Toutefois, les autorités de nos centres hospitaliers devraient favoriser davantage leur action.

Un troisième vient en complémentarité au précédent. Ces dames bénévoles profiteraient d'une formation adéquate en accompagnement des malades. Une formation appropriée ferait de ces personnes, un rouage important auprès de la personne hospitalisée ainsi que de leur famille. Ainsi, mieux formées, elles pourraient épauler les proches et le personnel soignant dans leur action commune, la santé du patient dans sa globalité.

Un autre point, que je considère important, est la nécessité de rencontres entre les

⁸Voir le sens du mot "contrôle" en page 59 au second paragraphe.

bénévoles auxiliaires et le Service de pastorale dans le but de sensibiliser les premières sur le rôle qu'elles pourraient tenir, en tant que baptisées, au point de vue chrétien voire pastoral, auprès des personnes hospitalisées, lors de leurs visites. Cela permettrait une collaboration des plus efficaces entre les deux groupes de bénévoles.

Pour terminer, je puis affirmer ce qui suit : comparativement à d'autres régions du Québec, du côté du soutien de nos bénévoles, nous sommes, pour ainsi dire, moins développés⁹. Effectivement, plusieurs régions, voire hôpitaux possèdent des formateurs à cette fin, ce qui n'est pas tout à fait le cas dans notre région.

4.2.5-Le Service de la pastorale.

En comparaison à ce qu'il était dans le passé (moins de 20 ans), le service de pastorale, offert aujourd'hui par nos centres hospitaliers, est pour ainsi dire : en perte de vitesse, de visibilité et de services offerts. À Métabetchouan, l'aumônier n'y est plus qu'à demi-temps et le service offert par le comité de pastorale se réduit, pour ainsi dire, à celui d'un comité de liturgie. Heureusement, une agente de pastorale vient d'être engagée à demi-temps. Ce qui compense en partie pour l'absence partielle de l'aumônier du lieu.

À l'Hôtel-Dieu d'Alma, quoique ayant encore un aumônier à temps complet (8:00 h. à 16:00 h.), ce dernier ne réside plus sur place. De plus, se devant d'assister à plusieurs réunions au niveau administratif et de direction, par sa position de directeur du Service de pastorale, sa présence auprès des malades en est d'autant réduite. Je suis d'accord qu'il se doit d'être présent aux divers comités décisionnels afin de se rendre visible au niveau de la direction, mais tout cela se fait au détriment de la personne malade. De plus, les membres du comité de pastorale sont plus actifs au niveau liturgique et sacramentel que pastoral.

⁹Voir le point 2.4.2 en pages 69.

Malgré tout cela, l'aumônier et son Service de pastoral est et demeure toujours un service essentiel qui se doit d'être maintenu et redéfini, afin de satisfaire aux besoins de la personne malade, demandant à avoir ce service hospitalier oui, mais également d'Église. Toutefois, la réduction des effectifs peut s'expliquer par la réduction du temps de séjour à l'hôpital.

4.2.6-Des conclusions.

Visiter et accompagner les malades est un service d'Église qui a toujours sa raison d'être dans nos centres hospitaliers. Ce service se doit d'être offert en collaboration avec les autres services dispensés à la personne malade.

Beaucoup de personnes accompagnent la personne malade, mais l'accompagnement au nom de l'Évangile n'est pas toujours évident et peut-être pas toujours souhaitable dans le respect des convictions des gens. Une "conscientisation", tant au niveau social que spirituel de l'être humain hospitalisé est à réactiver chez bon nombre d'intervenants. Nous devons nous pencher sur la "ré-humanisation" de nos soins de santé. Un travail de sensibilisation de la collectivité chrétienne est à faire afin de venir soutenir les aumôniers et le Service de la pastorale de nos hôpitaux. Il importe cependant de reconnaître tout ce qui se fait.

4.3-À l'écoute du malade.

La présence de l'Église n'est pas évidente. La personne malade, bien des fois, si elle ne demande pas le prêtre, n'aura pas la visite de ce dernier. Le malade est bien soigné et même très bien soigné. Toutefois, il manque d'écoute de la part de son médecin qui bien souvent passe en coup de vent dans sa chambre.

Les personnes malades, les personnes âgées entre autres, souffrent énormément du

manque de présence, d'accompagnement de la part de personnes pouvant simplement être là et les écouter.

Les aumôniers et les membres du Service de la pastorale n'offrent pas suffisamment leur service et leur disponibilité n'est pas assez connue de la part de la personne malade. Pour ce qui est du personnel médical, il devrait être sensibilisé sur la dimension spirituelle de la personne malade qu'il a à soigner. Ainsi, quatre points majeurs ressortent de ce troisième chapitre. Je vous les présente.

Face à la souffrance, l'être humain est désarmé, déstabilisé, désorienté. Il a donc besoin du soutien de ses semblables. Mentionnons en second lieu, que dans nos hôpitaux, la personne malade est soignée avec un professionnalisme irréprochable. Troisièmement, pour ce qui est des auxiliaires bénévoles, ces dernières sont peu visibles auprès du malade. Finalement, le quatrième point est en lien avec le Service de la pastorale. Les malades ont deux choses à déplorer : le manque d'offre de service (on n'offre pas le sacrement des malades, sauf aux mourants), et le peu de présence concrète auprès du malade. On lui offre la communion et c'est tout, dans la grande majorité des cas. Il y a donc manque de visibilité et d'offre de service, de la part du Service de la pastorale.

4.4-En guise de conclusion.

Par ces trois premiers chapitres, je ne prétends pas avoir épuisé le sujet de ma recherche. Toutefois, cela m'aura été suffisant pour me permettre de me faire une idée assez précise, sur le fait de "l'accompagnement pastoral", en relation avec l'accompagnement médical et humain (services spécifiques d'un hôpital) qui est prodigué en milieu hospitalier.

Passons donc maintenant aux chapitres suivants où je tenterai une herméneutique des sources chrétiennes en lien avec mon sujet de recherche. Je regarderai comment dans la

pratique de Jésus, le soin des malades fait partie de l'évangélisation (ch.5). Je chercherai à voir également les possibilités qu'ouvrent la tradition de l'Église (ch.6) pour l'accompagnement pastoral notamment la célébration de l'onction des malades.

Ces chapitres sont donc capitaux, dans le cadre de ma recherche, puisqu'ils viendront, dans la mesure du possible, démontrer que la présence chrétienne et plus précisément "pastorale" auprès de la personne hospitalisée est un élément essentiel de l'Évangile. Aujourd'hui, dans un monde de plus en plus déconfessionnalisé il sera intéressant de voir comment situer cet accompagnement dans le contexte d'un centre hospitalier moderne.

Cette plongée, dans la tradition chrétienne, me permettra de découvrir si, à l'aube du troisième millénaire, la relation humaine, l'amour du prochain et "*l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*" y a toujours une saveur, une connotation pastorale en lien avec l'Évangile.

CHAPITRE CINQUIÈME

“L’ENSEIGNEMENT DE JÉSUS”

Choisir un texte, en rapport avec un sujet bien précis, n’est pas toujours évident. Plusieurs textes, tant du Premier que du Second Testament, ont attiré mon attention. Mais, après réflexion, je me suis finalement branché sur un passage de l’évangile de Luc, «la parabole du bon Samaritain¹». Ce texte n’apporte cependant pas toutes les réponses, aux questions que nous pourrions nous poser, sur la façon dont devrait se réaliser un “*accompagnement pastoral en milieu hospitalier*”.

Toutefois, cette parabole de Jésus nous indique des orientations à suivre pour y

¹Luc 10,29-37.

parvenir ou du moins, pour nous mettre en route. Les deux autres regards, que je porterai par la suite, viendront enrichir, voire parfaire notre vision de ce qu'est ou devrait être, pour l'Église, "*un accompagnement pastoral en milieu hospitalier*".

Mais avant d'aller plus loin, prenons le temps de nous arrêter et de lire cette parabole, afin de bien nous en imprégner :

29-Mais lui, voulant montrer sa justice, dit à Jésus : «Et qui est mon prochain ?»

30-Jésus reprit : «Un homme descendait de Jérusalem à Jéricho, il tomba sur des bandits qui, l'ayant dépouillé et roué de coups, s'en allèrent, le laissant à moitié mort.

31-Il se trouva qu'un prêtre descendait par ce chemin; il vit l'homme et passa à bonne distance.

32-Un lévite de même arriva en ce lieu ; il vit l'homme et passa à bonne distance.

33-Mais un Samaritain qui était en voyage arriva près de l'homme : il le vit et fut pris de pitié.

34-Il s'approcha, banda ses plaies en y versant de l'huile et du vin, le chargea sur sa monture, le conduisit à une auberge et prit soin de lui.

35-Le lendemain, tirant deux pièces d'argent, il les donna à l'aubergiste et lui dit : «Prends soin de lui, et si tu dépenses quelque chose de plus, c'est moi qui te le rembourserai quand je repasserai.»

36-Lequel des trois, à ton avis, s'est montré le prochain de l'homme qui était tombé sur les bandits ?»

37-Le légiste répondit : «C'est celui qui a fait preuve de bonté envers lui.» Jésus lui dit : «va et, toi aussi, fais de même»².

Pourquoi choisir ce texte ? Tout d'abord, c'est l'état de grande dépendance dans lequel se trouve cet homme, abandonné et blessé, en bordure du chemin. Pour moi, il évoque très bien

²Texte de la TOB, édition intégrale 1986.

la personne malade, incapable de poursuivre sa route, sans avoir obtenu les soins nécessaires à sa remise sur pieds. Il représente également toutes ces personnes âgées, en soins prolongés, qui sont plus ou moins abandonnées des leurs.

En second lieu, il y a les deux types de personnages qui sont mis en situation, face à la personne dans le besoin. Il y a celui qui passe à bonne distance, c'est-à-dire qui ne s'investit pas, et il y a celui qui sait donner de son temps, de sa personne, à travers ses engagements professionnels.

Un troisième point, c'est le jeu de la prise en charge. Ce passage, lorsque nous en faisons une relecture, en lien avec le milieu hospitalier, évoque l'espérance du retour à la santé ainsi que le processus d'accompagnement qui s'installe bien souvent entre un accompagnant et un malade, avec la chaleur humaine et l'écoute que cela requiert. Cette prise en charge, par le Samaritain, met en évidence la dynamique qui s'établit entre malade et accompagnant, chaque fois que ce dernier accepte de s'investir personnellement.

Finalement, comme quatrième point, c'est le côté "pastoral" du Samaritain, qui m'a accroché. Il va vers... il se penche sur... il prend charge de... il porte vers... Ce sont tous des gestes, des mouvements, des actions que pose le pasteur, à l'égard de sa brebis blessée ou égarée. Ce sont tous des gestes, des mouvements, des actions que Jésus lui-même³, a posés et enseignés à ses disciples. Repris aujourd'hui, ce sont également des gestes, des mouvements, des actions posés par tous les accompagnants du milieu hospitalier.

Le texte choisi, le bon Samaritain, s'articule donc sur les mêmes points observés dans ma recherche, à savoir : le besoin d'un retour à la santé ; une situation de dépendance où se trouve la personne malade ; un besoin d'accompagnement ; le dévouement à l'égard du prochain. Analysons maintenant ce texte plus en profondeur.

³Présenté entre autre comme : le Bon Berger (Jn 10,11) et le Grand Pasteur (He 13,20).

5.1-L'exégèse du texte.

Cette parabole de Jésus ne doit donc pas être considérée comme “le texte” par excellence en lien avec la présente recherche, mais bien comme étant “un texte”, parmi bien d'autres, qui nous décrit l'agir humain en lien avec ses semblables.

Pour moi, ce texte de l'évangile de Luc rejoint très bien le rôle que se doit de jouer chaque être humain auprès de la personne souffrante et, de façon toute particulière, le chrétien à travers “l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier”⁴.

Cette parabole est unique à saint Luc. Il est le seul à nous la rapporter et il le fait dans la suite de la première question que lui pose le légiste, sur le grand commandement⁵. S'il nous relate cette parabole, c'est dans un but purement pédagogique, afin d'illustrer l'entretien que Jésus venait d'avoir avec le légiste, d'apporter un éclairage nouveau sur ce qu'est le prochain, d'enseigner le sens de l'autre.

Jésus, dans le verset 28b, vient de dire au légiste : “Fais cela et tu auras la vie”⁶. Alors,

⁴Raymond Truchon, dans *Aujourd'hui les paraboles*, Sainte-Foy, Éditions Anne Sigier, 1987, en page 159, dit la même chose en ces termes : “La parabole nous dit d'essayer de nous en sortir tous ensemble, tel que Dieu nous le demande, Il nous en rend capable avec son aide, sa puissance, son amour. Impossible de nous en tirer tout seul, que ce soit personnellement contre tous, ou dans notre petit cercle familial, ou autre.”

⁵Luc 10, 25-28 : “²⁵Et voici qu'un légiste se leva et lui dit, pour le mettre à l'épreuve : «Maître, que dois-je faire pour recevoir en partage la vie éternelle ?» ²⁶Jésus lui dit : «Dans la loi qu'est-il écrit ? Comment lis-tu ?» ²⁷Il lui répondit : «Tu aimeras le Seigneur ton Dieu de tout ton coeur, de toute ton âme, de toute ta force, et de toute ta pensée et ton prochain comme toi même.» ²⁸Jésus lui dit : «Tu as bien répondu. Fais cela et tu auras la vie.»”

⁶Référez à la note précédente pour le texte.

le légiste, dans le but de se justifier, c'est-à-dire montrer son souci d'être juste selon "la Loi"⁷, pose cette seconde question à Jésus : "Et qui est mon Prochain ?". Le légiste lui adresse cette question pour l'éprouver, c'est-à-dire pour le prendre en défaut, le coincer⁸, car la notion du prochain était très bien définie dans la loi ancienne⁹. En effet, pour un Juif de cette époque, respectueux de la Loi, la question ne se pose guère, puisque pour lui, "le prochain était un individu de la même famille, à tout le moins du même clan, de la même tribu. Le prochain pour un Juif était toujours un autre Juif"¹⁰.

Cette question, comme nous le dit Pierre-René Côté, permet donc à saint Luc «de présenter l'élargissement de l'enseignement de Jésus, par rapport à la notion traditionnelle du prochain¹¹». Ainsi, par le procédé de la parabol¹², Jésus enseigne que le prochain est tout

⁷Pour les Juifs de cette époque, la Loi était comprise dans la Torah (c'est-à-dire dans le Pentateuque) et plus spécialement la loi de Moïse.

⁸C'est que le légiste, «qui est un spécialiste de la "Loi de Dieu", un spécialiste qui connaît les commandements de Dieu, leur application concrète dans la vie et toute la casuistique pour l'interpréter dans les circonstances les plus diverses de la vie», veut sans doute bien paraître, sans trop perdre de son prestige, face aux nombreuses personnes qui entourent Jésus. De plus, ce n'est pas la seule fois que l'Évangile nous montre ces légistes retors adressant à Jésus des questions captieuses (voir Mt 22,35 et Lc 10,25), avec le désir mal dissimulé de l'embarrasser.

⁹Ex 20,16-17; 21,14.18-19.35; Lv 19,11.13.15-18, etc.

¹⁰Voir : Perroy, H., *Les paraboles*, dans la série récits évangéliques - 7^{ème} série, Paris, Emmanuel Vitte Éditeur, 1953, p 244, ainsi que Proulx, R., Morin, J., Letourneau, L., *Proche est ta parole*, lectures bibliques du dimanche, année C, Montréal, Éditions Paulines, 1980, p 158.

¹¹Côté, P.-R., «La route de Jérusalem, leçon 8», dans le cours : *Les évangiles synoptiques (THL-11800)*, donné à la faculté de théologie de l'Université Laval, à la session d'automne 1989, notes de cours p 26.

¹²Jésus emploie le genre parabole, pour amener les gens à comprendre ses enseignements. C'est pour les amener au dialogue, à partir de l'expérience propre de leur vie. Jésus, de cette façon, amène les gens sur le terrain des comportements. C'est pour amener l'auditeur à chercher le bien-fondé de la position de Jésus, mais dans son expérience à lui. Dans le sens de la recherche intérieure, dans le vécu des gens, de leurs sentiments, des gens face à leurs semblables.

homme, de quelque nationalité qu'il puisse être. Cette parabole, nous permet donc ainsi de conclure, comme le dit M.-E. Boismard, sur un double enseignement :

“ Que le prochain, que nous devons aimer, n'est pas seulement notre ami, mais également notre ennemi; que les exercices du culte ne servent à rien, si l'on néglige les obligations les plus élémentaires de l'amour du prochain.”¹³

Par cette parabole, Jésus explique son propre comportement miséricordieux envers les malades qu'il guérit (même le jour du sabbat), des pécheurs qu'il fréquente, même s'il va à l'encontre des prescriptions des prêtres et des lévites. La réponse de Jésus est claire. Ainsi, à travers la réponse qu'il donne, Jésus vient dire au lévite qui sommeille en chacun de nous :

“Ne cherche pas à limiter le champ de ta miséricorde¹⁴, en dressant la liste de ceux que tu dois aimer, mais portes-toi au secours de quiconque a besoin de ton aide”¹⁵.

Ainsi, depuis cette fameuse rencontre entre un spécialiste de la Parole et “La Parole” elle-même, nous n'avons plus à nous demander : “Qui est mon prochain”, mais “Comment je

¹³M.-E. Boismard, *Synopse des quatre évangiles*, Paris, Éditions du Cerf, 1972, p 273.

¹⁴THÉO, *Nouvelle encyclopédie catholique*, Paris, Droguet & Ardant/Fayard, 1989, en page 827, nous dit ceci, au sujet de la miséricorde : “La miséricorde est une attitude de l'être profond. C'est une vulnérabilité à la souffrance de l'autre, à son besoin. C'est une attention non pas furtive mais prolongée, qui prend le temps et les moyens de secourir, comme le fait le Bon Samaritain ; qui n'hésite pas à payer de sa personne avec les risques que cela comporte. À la base, une bienveillance fondamentale qui veut du bien au prochain, en se mettant à sa place au nom de la réciprocité, comme il en est fait mention en Mt 7,12 : «Ainsi, tout ce que vous voulez que les hommes fassent pour vous, faites-le vous-mêmes pour eux : c'est la Loi et les Prophètes»”.

¹⁵Côté, P.-R., «La route de Jérusalem, leçon 8, dans le cours : *Les évangiles synoptiques (THL-11800)*, donné à la faculté de théologie de l'Université Laval, à la session d'automne 1989, notes de cours p 28.

serai le prochain de tout être humain”.

Depuis Jésus-Christ nous avons le devoir, selon nos possibilités, de venir au secours de quiconque est dans le besoin et si ce besoin est grave et si nous sommes les seuls à pouvoir l’assister (par exemple dans un accident ou encore un malade sans famille), passer outre comme le prêtre et le lévite nous rendrait coupable d’une faute grave.

5.2-Un lieu, des personnages.

En faisant secourir le malheureux par un Samaritain¹⁶, Jésus veut ainsi faire comprendre aux gens qui ont pris place autour de lui, que la charité ignore les cloisonnements de race, de religion et de nationalité. Jésus démontre ainsi que le prochain est plus que le non-ennemi (Mt 5,43¹⁷). Pour Jésus il est clair que la charité doit être «catholique¹⁸».

Ainsi, tout dépend de nous, de notre désir d’être ou pas le prochain de l’autre. Par cette parabole, Jésus vient nous dire que les limites n’existent plus, que les étiquettes, que nous mettons si facilement sur chaque être humain que nous croisons, se doivent de disparaître, que le droit de cataloguer notre prochain, d’après nos propres exigences, est dépassé. Suite à cet enseignement de Jésus, tout comme le légiste, la seule réponse que nous puissions désormais donner, est la suivante : «De quiconque, nous sommes invités à nous faire prochain, disponible,

¹⁶Dans le volume de Luis Pérez Aguirre, *Tout commence par un cri*, Paris, Les Éditions de l’Atelier/Éditions Ouvrières, 1997, en page 80, nous pouvons lire ceci : “Flavius Joseph rapporte, dans ses Antiquités, qu’entre l’année 6 et 9 ap.-JC, les Samaritains avaient profané la place du Temple durant la nuit de la célébration pascale, dispersant des os humains. À partir de ce moment, les Juifs et les Samaritains furent séparés par une haine irréconciliable”.

¹⁷«Vous avez appris qu’il a été dit : Tu aimeras ton prochain et tu haïras ton ennemi.»

¹⁸Le Petit Robert (dictionnaire) : Catholique vient du grec Katholikos, qui signifie «universel».

secourable¹⁹».

Ainsi, après le récit de l'histoire du malheureux que seul a secouru le Samaritain, alors que les juifs passent leur chemin, le centre de perspective s'est automatiquement déplacé vers cet homme "anonyme", en quête d'un prochain qui vienne à son secours.

D'une solution strictement juive et territorialement définie, Jésus étend son enseignement à l'ensemble des hommes, en joignant un étranger à son récit. Ainsi, le lieu de rencontre du prochain, qui dans la parabole est un point quelconque sur une route incertaine entre Jérusalem et Jéricho, longue de 27 km, en l'espace de quelques versets, devient toute la terre, par le fait que la réponse ne s'en tient plus qu'aux seuls Juifs, mais à l'ensemble de l'humanité.

De ce fait, la question n'est plus "qui" est mon prochain ? mais bien "de qui" suis-je le prochain ? Xavier Léon-Dufour exprime ainsi ce revirement de situation : «au centre de l'univers, ce n'est plus le moi, mais l'autre, le malheureux, ou plus exactement Jésus qui s'identifie à tout être souffrant sur cette terre²⁰».

Prêtre et lévite, bien qu'ils fussent consacrés au "service", se détournent de cet homme anonyme, dans l'attente d'une âme charitable. Ils sont comme la Loi et les Prophètes, incapables de secourir l'homme dans sa condition actuelle, puisque la Loi ne donne que la connaissance du péché (Rm 3,20 ; 7,7-13), la Loi gardant captif (Ga 3,19-24).

Mais dans le récit, survient un Samaritain qui «ému de compassion, s'arrête, porte

¹⁹Citation de F. J. Leenhardt, prise dans *Bible chrétienne II* Commentaires*, Sainte-Foy, Éditions Anne Sigier, 1988, p 451.

²⁰Xavier Léon-Dufour, *Les évangiles et l'histoire de Jésus*, Paris, Éditions du Seuil, 1963, page 426.

secours, fait preuve de miséricorde et paye de sa personne²¹», ce que chaque être humain est appelé à devenir. Mais le véritable Samaritain, dont il est ici question, c'est sans contredit, le Christ lui-même. Dans ce contexte, la parabole du "bon Samaritain" trouve son parallélisme dans le récit du "bon Pasteur" de l'évangile de Jean²².

Ainsi, pris dans le contexte du bon Pasteur de l'évangéliste Jean, «ceux qui sont venus avant» le Christ (Jn 10,8- comme le prêtre et le lévite qui sont les représentants de l'ancienne Loi), «sont des brigands», qui «dépouillent, frappent et mettent à mort²³». Ainsi, tant dans la parabole de saint Jean que de saint Luc, «l'amour de Dieu pour l'homme, victime des brigands, est manifesté non par les dirigeants du judaïsme (le prêtre et le lévite, qui s'éloignent comme le mercenaire s'enfuit), mais par la venue du bon Samaritain ou du bon Pasteur²⁴», en la personne du Christ, venu inaugurer le Royaume de Dieu, parmi tous les hommes, de toutes races et nationalités. Encore là, les deux évangélistes nous le disent, mais chacun à leur façon : le bon Samaritain de saint Luc apporte, "re-donne la santé", c'est-à-dire la vie, tandis que le bon Pasteur de saint Jean donne la vie en abondance. Tous deux viennent donc nous présenter Jésus, le Christ, comme porteur et donneur de vie, la vie éternelle.

Pour conclure cette section, je me permets d'affirmer ce qui suit. **Le lieu** de la rencontre du prochain se situe dans chaque instant de notre vie, en tout lieu où nous nous trouvons. Pour ce qui est **des personnages**, des rôles que nous retrouvons dans la parabole, en voici une actualisation.

²¹*La Sainte Bible, Tome X, Paris, Letouzey et Ané, 1950, pages 142-143.*

²²Jean 10,8 : «Tous ceux qui sont venus avant moi ce sont des voleurs et des brigands».

²³Même si les verbes utilisés par Luc et Jean, ne sont pas tout à fait identiques (en Lc 10,30 et Jn 10,10), les trois verbes employés se rejoignent tout de même par le sens.

²⁴E. Hoskyns, commentaire pris dans : *Bible Chrétienne II*, Commentaires, Sainte-Foy, Anne Sigier, 1988, p 452.*

Les brigands, ce sont tous les moments où nous parlons en mal de notre prochain, que nous l'enfonçons, volontairement, dans des souffrances que nous lui occasionnons par notre comportement négatif à son égard. Nous nous retrouvons dans le rôle du prêtre ou du lévite, chaque fois que nous avons l'occasion de venir en aide à un de nos semblable mais que, pour de fausses raisons, nous nous détournons de notre solidarité humaine.

Le bon Samaritain, quant à lui, c'est l'être humain en inter-relation avec son semblable, dans une relation réciproque et toute charitable. "Que de pauvres (de malades) laissés-pour-compte, nous avons ainsi à croiser, dans nos villes inhumaines ²⁵!"

Cependant, le véritable bon Samaritain, dans le récit de saint Luc, c'est Jésus lui-même, qui prend en charge le légiste, en attente de vérité. Tout ce que fait le bon Samaritain, Jésus le fait pour cet homme qui le questionne. Jésus, par sa prise en charge, a fait de lui un prochain.

Aujourd'hui, le bon Samaritain, c'est Jésus qui vient à notre aide, qui nous soutient, nous porte dans nos noirceurs, nos faiblesses, qui nous redonne le souffle nécessaire à la poursuite de notre route, dans toutes nos relations "humanitaires et humanisantes". C'est lui, le véritable Samaritain, qui nous conduit à l'auberge qu'est son Église, où nous recevons les soins nécessaires à notre remise sur pieds, à travers ses sacrements. Il a payé au prix de sa vie²⁶ et nous a promis son retour²⁷.

Pour ce qui est du pauvre homme, ce personnage quelconque au bord du chemin, c'est

²⁵Citation prise dans : *Bible Chrétienne II**, Commentaires, St-Foy, Éditions Anne Sigier, 1988, p 452.

²⁶1Jn 3,16 : «C'est à ceci que désormais nous connaissons l'amour : lui, Jésus, a donné sa vie pour nous ; nous aussi, nous devons donner notre vie pour nos frères».

²⁷Jn 14,3 : «Lorsque je serai allé vous le préparer, je reviendrai et vous prendrai avec moi, si bien que là où je suis, vous serez vous aussi».

chacun de nous, dans nos souffrances, tant physiques que spirituelles, en attente d'un prochain compatissant et miséricordieux à notre égard. C'est également Notre Seigneur Jésus, le Christ, qui réside en chaque être humain, quelle que soit sa condition. N'est-il pas dit dans l'évangile de Matthieu au chapitre 25 :

“³⁵-J'ai eu faim et vous m'avez donné à manger ;
j'ai eu soif et vous m'avez donné à boire ; j'étais
un étranger et vous m'avez recueilli ;
³⁶-nu, et vous m'avez vêtu ; malade, et vous
m'avez visité ; en prison, et vous êtes venus à
moi...
⁴⁰-Chaque fois que vous l'avez fait à l'un de ces
plus petits, qui sont mes frères, c'est à moi que
vous l'avez fait.”

Saint Luc, dans son récit du bon Samaritain, a voulu nous indiquer *l'importance de la charité dans la loi nouvelle*. Le bon Samaritain est ainsi le modèle par excellence dans notre façon d'exercer la charité envers le prochain : charité agissante, qui ne se contente pas de compatir en paroles, mais se donne au service d'autrui, dès qu'il se trouve dans le besoin ; charité généreuse, qui paie de ses biens et de sa personne. Jésus nous dit, encore aujourd'hui : «Va, toi aussi, fais de même»²⁸, c'est-à-dire fais-toi “prochain” de ceux que tu rencontres sur ton chemin et qui ont besoin de toi, «soit celui qui rompt le cercle de lui-même et qui va vers celui qui est abandonné au bord du chemin (de la santé)»²⁹.

²⁸Luc 10,37b.

²⁹Luis Pérez Aguirre, *Tout commence par un cri*, Paris, Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, 1997, p.81.

5.3-Un exemple, un service d'Église.

Dans la personne même du Samaritain, Jésus prend en exemple le pire ennemi des Israélites : «le faux-frère, l'hérétique, le déviationniste³⁰». Il n'est donc pas possible, pour un juif de l'époque, qu'il soit un prochain, car l'un est toujours l'hérétique de l'autre.

Mais nous, chrétiens, nous n'avons pas à faire la leçon aux Juifs de cette époque. Je ne suis pas sûr que nos lois dites "chrétiennes" soient meilleures ou aient été meilleures que les leurs. Longtemps, l'Église a enseigné à haïr l'hérétique, à le poursuivre, à le chasser tel du gibier, à le forcer à la conversion, allant même jusqu'à le faire périr dans les flammes³¹ pour sauver son âme, et tout cela au nom d'un Dieu juste, miséricordieux et aimant, la loi faisant alors foi de tout : "Hors de l'Église, point de salut". Encore aujourd'hui, dans bien des cas, celui qui ne croit pas comme nous³², qui n'est pas comme nous³³, le faux-frère, ne peut être notre prochain. Nous avons donc encore beaucoup à faire collectivement, en tant que société dite moderne, pour être le prochain de l'autre, c'est à dire être capable d'amour comme en a été capable le Samaritain.

Mais concrètement, en milieu hospitalier, qui est mon prochain ? C'est et ce sera toujours, comme dans le récit de saint Luc, celui qui a besoin d'un autre individu pour s'en sortir, qui aura besoin de moi, quand je m'adonnerai à passer près de lui à ce moment précis. Pour ce service d'Église, qu'est *l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*, la façon

³⁰Alphonse Maillot, *Les paraboles de Jésus aujourd'hui*, Genève, Labor et Fides, 1973, page 111.

³¹L'inquisition qui s'activa du XIIIe au XVIe siècle, l'extermination systématique de nations indiennes d'Amérique du Sud, le non respect et l'interdiction des croyances de nombreuses civilisations, les guerres et conflits de religions. Combien de "prochains", avons-nous ainsi tués, et continuons-nous de tuer, encore aujourd'hui, au nom de Dieu ?

³²Conflit entre catholiques et protestants en Irlande du Nord.

³³Guerres, génocide des Juifs, des Arméniens, entre Tutsis et Hutus.

d'agir du Samaritain est riche en enseignement. Regardons sa façon de faire, en lien avec ce dit service.

Le Samaritain "*s'approche*"³⁴ de l'homme. C'est essentiellement la première action à faire, si nous voulons créer une relation, faire connaissance, nous faire proche de quelqu'un, finalement, nous en faire un prochain, nous faire prochain. En milieu hospitalier, c'est précisément ce que le Service de Pastorale se doit de faire : 1^e s'il veut se faire connaître, 2^e s'il veut connaître le malade en attente de service, 3^e s'il veut créer une relation constructive, 4^e s'il veut devenir véritable service d'Église. Sans cette "*approche*"³⁵, cette "*connaissance*"³⁶ de la personne malade, le Service de la pastorale n'a pas, n'a plus de raison d'être.

Le Samaritain se "*donne*"³⁷ à cet homme blessé, un parfait inconnu. Il donne de son temps, en s'approchant de l'inconnu. Il donne ensuite de lui-même, en le soignant, en pansant ses blessures, en utilisant son huile et son vin, en le plaçant sur sa monture. Il a donné de ses biens pour le loger, le faire soigner, le confier à une tierce personne en son absence.

La personne blessée est devenue son horizon immédiat, «sa préoccupation principale»³⁸.

³⁴Du Petit Robert : «Approcher, c'est aller à la rencontre de quelqu'un ; c'est le mouvement par lequel on s'avance vers quelqu'un. Approcher, c'est tendre à rendre égal à ; c'est être proche de ; presque identique».

³⁵Voir à ce sujet, Alphonse Maillot, *Les paraboles de Jésus aujourd'hui*, Genève, Labor et Fides, 1973, p 115.

³⁶Jn 10,14 nous dit ceci : «Je suis le bon Berger, je connais mes brebis et mes brebis me connaissent». L'Église, en tant que représentante du Christ, a également à se faire connaître auprès des hommes.

³⁷Du Petit Robert : «Donner vient du latin donare «faire un don». Donner, c'est mettre en la possession de quelqu'un. Donner son temps à, c'est consacrer, vouer de sa personne de son temps. C'est mettre à la disposition de quelqu'un. C'est se porter, s'engager. C'est faire don de soi-même, de ses biens. C'est se vouer, se dévouer, se consacrer à...».

³⁸Maillot, A., *Les paraboles de Jésus aujourd'hui*, Genève, Labor et Fides, 1973, p 116.

Il a pris soin de lui, comme si c'était "lui-même". Il a donné de sa personne et l'autre est devenu lui-même. Il est devenu le "prochain" de son prochain. En donnant de son temps, de ses biens, de ses sentiments, de sa compassion, de sa miséricorde, c'est une partie de sa propre personne qu'il a ainsi donnée, offerte gratuitement à un pur étranger. Tout cela s'est fait par amour de l'autre, librement et sans égard à la loi rigide, car aimer, c'est faire ce qui doit être fait, selon les exigences du moment et de la situation³⁹.

En milieu hospitalier, l'accompagnement pastoral va également dans le même sens. Nous ne pouvons cependant être le "proche" de tous les malades en même temps. Nous avons des choix à faire. Quand je donne du réconfort à un malade, ce temps que je lui consacre, je ne l'ai pas pour un autre. Je me donne à celui-ci, je l'accompagne jusqu'au bout. Je ne me donne pas dans de demi-mesure, mais dans ma totalité, à une personne donnée, ne pouvant satisfaire tous les malades à la fois.

Jésus lui-même a dû faire des choix. Il n'a pas guéri tous les malades de son temps, mais seulement ceux qui croisaient son chemin, sa route. Ainsi en est-il de nous, et du Service de la pastorale, qui se doit de faire de même, en se donnant entièrement à la personne rencontrée, au prochain du moment, mais sans perdre de vue que tous les malades d'un hôpital demandent ma préoccupation.

Par la suite, le Samaritain qui a su se faire proche, se donner à son semblable, le moment venu, s'éloigne, remet à d'autres personnes, cet inconnu devenu prochain, qu'il avait accompagné durant un certain temps. Il a su s'effacer et ainsi, permettre à d'autres de continuer, de poursuivre ce qu'il avait commencé, sans en retirer de gloire, mais la satisfaction d'avoir été, pendant un certain temps, utile à un de ses semblables.

³⁹1Jn 3,16 : «C'est à ceci que désormais nous connaissons l'amour : lui, Jésus, a donné sa vie pour nous ; nous aussi, nous devons donner notre vie pour nos frères».

En centre hospitalier, c'est également cela qui se produit. Tout comme le Samaritain, les membres du Service de la pastorale donnent de leur personne, à travers l'accompagnement qu'ils effectuent auprès de la personne malade, pour ensuite la retourner, la confier à sa communauté d'appartenance⁴⁰, qui prend la relève, rôle qu'elle tenait, avant qu'elle subisse l'attaque de la maladie.

L'accompagnement pastoral est donc un "don de soi", gratuit, guidé par la disponibilité de chacun des intervenants. Être le prochain de quelqu'un, ce n'est pas une prise en charge exclusive, mais un partage, avec bien d'autres, d'une partie de soi. C'est être capable de donner ce que la personne a à recevoir de nous, sans toutefois brimer sa liberté et le mouvement des autres qui s'occupent, eux aussi, mais à des niveaux différents, de la personne malade.

Le Service de la pastorale a donc un rôle à jouer, un service à offrir, une présence à assurer et à assumer auprès de la personne malade, en milieu hospitalier. En même temps, il se doit d'être un service effacé et non imposé, offert en collégialité avec les autres intervenants du milieu hospitalier.

Tout au long du récit, Jésus ne porte aucun jugement sur les personnes mises en scène. Il laisse le légiste juger de ce qui se doit d'être fait pour l'autre. En fait, ce qui est dit, c'est ceci : «est-ce que tu es l'automate qui observe la loi et seulement la loi, ou es-tu un homme de coeur, qui a des sentiments à l'égard de ton prochain ?».

L'Église, comme institution, a des lois et bien souvent celles-ci ont également porté préjudices⁴¹. Mais l'Église, c'est également des individus et, ces derniers, quoique devant suivre et respecter un certain nombre de préceptes, ont des sentiments qu'ils doivent également

⁴⁰Famille, cercle d'amis, compagnons de travail, la communauté paroissiale.

⁴¹Voir la note 33, à la page 137.

écouter, voire suivre quand cela est nécessaire. Ainsi, auprès du malade que le chrétien du Service de la pastorale croise sur son chemin, il se doit d'être égalitaire et non légaliste. Il se doit d'être le prochain de chaque malade ayant besoin de lui, qu'il soit chrétien, protestant, témoin de Jéhovah, incroyant, blanc, noir ou jaune.

Jésus a réussi un beau coup de "maître", en faisant dire au légiste que le prochain était celui qui avait fait preuve de miséricorde, c'est-à-dire le Samaritain. Le légiste avoue ainsi, que le prochain peut-être tout homme et même le pire des faux-frères des Juifs, un Samaritain. C'est également la leçon que nous devons en tirer, lorsque nous visitons les malades. Tous, sans exception, sont des prochains en puissance. Il ne suffit que de s'en "approcher" pour que le processus s'enclenche, pour qu'il devienne mon prochain et moi le sien, avec son consentement.

Le Service de la pastorale, à travers *l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*, c'est l'Église à l'oeuvre auprès de ses membres souffrants, de leur famille ainsi qu'auprès du personnel requérant son aide, son assistance. Le Service de la pastorale est, de ce fait, le bon Samaritain à l'oeuvre à travers la solidarité humaine, dans l'amour du prochain, dans la compassion à l'égard de la personne souffrante, à quelque niveau que ce soit.

En bout de ligne, l'attitude que Jésus désire nous inculquer, à travers cet enseignement, c'est que «nous devons nous laisser déranger par ces personnes»⁴² malades qui ont besoin de nous. Le tout n'est qu'une question d'amour mais, entre vous et moi, quelle exigence.

⁴²Christian Bouchard, *La présence chrétienne en milieu psychiatrique : l'espace d'une communication*, mémoire de maîtrise, UQAC, juin 1988, p 121.

5.4-Et les autres ?

L'étude de ce texte de saint Luc, portant sur la recherche du prochain, m'aura permis d'avoir une vision, un regard neuf sur l'autre, celui dont j'ai besoin pour vivre en harmonie avec mon entourage.

Oui, l'Église, par son Service de la pastorale, a un travail à faire auprès de chaque malade. Un travail que je qualifierais d'officiel, de par sa visibilité et sa reconnaissance par les autorités des centres hospitaliers. Mais "les autres", toutes ces personnes, dont il a été question au chapitre second, qu'en est-il d'eux ? Sont-ils, eux aussi des "Samaritains" de la personne malade hospitalisée ? Pour moi, à ce stade-ci de ma recherche, toutes les actions et le travail qu'accomplissent ces intervenants auprès du malade, font de chacun d'eux des prochains potentiels pour la personne qu'ils ont à soigner, à accompagner. Il faudrait qu'ils soient sensibilisés à ce rôle qu'ils tiennent auprès du malade.

La parabole du bon Samaritain est une invitation au dépassement qui est adressée à tout être humain, quel qu'il soit. C'est une invitation à dépasser nos limites toutes humaines qui, bien souvent, nous retiennent, nous empêchent d'aller vers l'autre, de nous en approcher, de nous ouvrir à lui, de l'accueillir comme il est, avec toutes ses qualités mais également toutes ses faiblesses. La parabole du bon Samaritain est une invitation à la conversion, à passer du moi au toi, une ouverture à l'autre dans tout ce qu'il est.

Le Samaritain du récit de saint Luc n'a pas tout à fait les mêmes croyances que le prêtre et le lévite qui eux se refusent à l'approche de l'autre suite à de faux préjugés, de faux préceptes. Ainsi en est-il également en milieu hospitalier. Plusieurs intervenants ou accompagnateurs n'ont pas les mêmes croyances que nous. Mais cela ne les empêche pas d'être, bien des fois, des prochains plus vivants, réceptifs et accueillants que bien des chrétiens que nous disons pratiquants.

Le Service de la pastorale a donc un rôle supplémentaire à jouer auprès de ces gens, afin de les sensibiliser à celui qu'ils ont à tenir auprès de tout malade, à savoir être le "prochain", pleinement conscientisé, du malade qui est devant eux maintenant. Dans cette perspective, la prise de sang que fera une infirmière pourrait devenir, une fois qu'elle en serait consciente, un acte chrétien de par la présence et l'ouverture qu'elle saurait ainsi apporter à son malade, en lui étant un prochain en totalité. Ainsi, pourrions-nous en venir à redonner une âme à cet univers aseptisé⁴³, où le mot "coupure" règne présentement en roi et maître.

⁴³Du *Petit Robert*, dans le sens de neutre, dépourvu d'originalité, de sensibilité.

CHAPITRE SIXIÈME

“LA PRATIQUE DE L’ÉGLISE AUPRÈS DES MALADES”

6.1-L’Église et la personne malade.

L’Église, tout au long de son histoire, dans la continuité du Christ, a toujours su porter une attention toute spéciale à l’égard des malades. Ainsi, dès les tout premiers écrits chrétiens, pouvons-nous trouver un texte faisant état d’un rite d’onction pour les malades (lettre de saint Jacques 5,14-16) :

“¹⁴L’un de vous est-il malade ? Qu’il fasse appeler les anciens de l’Église et qu’ils prient après avoir

fait sur lui une onction d'huile⁴⁴ au nom du Seigneur. ¹⁵La prière de la foi sauvera le patient ; le Seigneur le relèvera et, s'il a des péchés à son actif, il lui sera pardonné. ¹⁶Confessez-vous donc vos péchés les uns aux autres et priez les uns pour les autres, afin d'être guéris» .

Ainsi, dès ses tous débuts, l'Église su se rendre compte de l'importance de la présence qu'elle se devait d'assumer auprès de la personne malade. De plus, si nous prenions le temps d'enlever, dans les quatre évangiles, tous les passages où il est question de la rencontre de Jésus avec des malades, nous serions étonnés de l'importance des coupures que nous devrions accomplir : autre façon de constater l'importance du message qu'ils ont retenu de Jésus et qu'ils nous ont ainsi transmis, les soins aux malades et aux nécessiteux.

Jésus n'a-t-il pas dit : «Ce ne sont pas les bien portants qui ont besoin du médecin, mais les malades ; je suis venu appeler non pas les justes mais les pécheurs» (Mc 2,17). Plus loin, toujours dans le même évangile, l'on nous rapporte ceci : «Partout où il entrait, villages, villes et hameaux, on mettait les malades sur les places ; on le suppliait de les laisser toucher seulement la frange de son vêtement ; et ceux qui le touchaient étaient tous guéris» (Mc 6,56). Pourquoi ? C'est que Jésus s'est toujours présenté comme celui qui a le souci du malade, du laissé-pour-compte au bord du chemin (Luc 10,31-32). La maladie étant à cette époque, la conséquence directe du péché, «Jésus prend ainsi le parti de l'homme contre la maladie, de la même manière qu'il prend le parti de l'homme contre le péché»⁴⁵.

⁴⁴Note de bas de page de la TOB, Édition intégrale 1986 : «Cette onction, qui précède la prière, s'enracine dans un usage à la fois médical (cf. Lc 10,34) et religieux. Mc 6,13 la mentionne à propos des guérisons opérées par les douze. Puisqu'elle est faite au nom du Seigneur, comme le baptême, elle manifeste la foi de l'Église dans la puissance du Seigneur ressuscité et revêt un caractère rituel. La tradition catholique, telle qu'elle est affirmée par le concile de Trente (session XIV) rattache à ce texte le sacrement de l'onction des malades.»

⁴⁵Béguerie, P., Duchesneau, C., *Pour vivre les sacrements*, Paris, Cerf, 1989, p 201.

En lisant *les Actes des Apôtres (5,15-16)*, il n'est pas étonnant de constater que très vite les gens ont pris conscience du rôle que l'Église, à la suite du Christ, avait également à tenir auprès des malades placés sur sa route :

“¹⁵On venait à sortir les malades dans les rues, on les plaçait sur des lits ou des civières, afin que Pierre, au passage, touche au moins l'un ou l'autre de son ombre. ¹⁶La multitude accourait aussi des localités voisines de Jérusalem, portant des malades et des gens que tourmentaient des esprits impurs, et tous étaient guéris.”

C'est ainsi que, depuis ses origines, le malade fait partie des priorités de l'Église. Dès les premières communautés chrétiennes, l'apport de soins aux malades se veut le prolongement de l'activité de guérison de Jésus⁴⁶.

6.1.1-La petite histoire d'un sacrement.

Dans les premiers temps de l'Église, lorsque la maladie faisait son apparition chez l'un des membres de la communauté, l'on faisait venir le presbytre⁴⁷ (chef de la communauté) pour prendre la direction de la prière et faire une onction avec l'huile⁴⁸ (suivant la vieille habitude de lier onction et espoir de guérison⁴⁹) en invoquant le nom du Seigneur. L'huile servant alors, entre autres, à adoucir les plaies et à fortifier les malades⁵⁰. C'est ainsi que les consignes, que

⁴⁶L. Derousseaux, «Malades», in *Catholicisme*, vol. 8, p. 238.

⁴⁷Voir Jc 5,14-15.

⁴⁸Cf. note 46.

⁴⁹Karl Rahner et Herbert Vorgrimler, voir «onction des malades», in *Petit dictionnaire de théologie catholique*, Paris, Seuil, 1970, p. 324.

⁵⁰Xavier Léon-Dufour, voir «huile», in *Dictionnaire du Nouveau Testament*, Paris, Éditions du Seuil, 1975, p. 294.

donne l'apôtre Jacques dans son épître (5,13-16), serviront «de norme de la liturgie des malades et de la théologie de l'onction»⁵¹.

Plusieurs éléments de cette pratique sont empruntés à la tradition juive. Le monde juif connaissait la coutume de visiter les malades ainsi que celle de la prière en faveur du malade au cours de la visite. Il en est de même pour la pratique de l'onction qui appartenait à la pharmacopée de l'époque (Lc 10,34a), tant juive que païenne⁵².

Le premier document faisant état de l'administration de l'huile comme "sacrement", dans la période post-biblique, est une lettre du pape Innocent I^{er} (mort en 417)⁵³. Jusqu'au début du VIII^e siècle, tout chrétien pouvait administrer l'onction aux malades avec l'huile qui était préalablement bénite par l'évêque.

Sous Charlemagne, le sacrement de l'onction finira par devenir le sacrement des mourants. Effectivement, dès la fin du VIII^e siècle se fait jour une double évolution. C'est ainsi que la réforme carolingienne⁵⁴ prévoit que dorénavant seuls les prêtres pourront faire l'onction. Et petit à petit, cette onction perdant tout lien avec la guérison des malades, va revêtir une signification pénitentielle au moment de la mort⁵⁵.

⁵¹Michel Scouarnec, *Pour comprendre les sacrements*, dans la collection «Vivre, Croire, Célébrer», Paris, Les Éditions Ouvrières, 1991, p. 173 ; ainsi que dans *L'Église en prière*, t.3, en p. 133 et sq.

⁵²Raymond Vaillancourt, «Évolution historique», in "*Liturgie, foi et culture*", vol. 24, n. 124, décembre 1990, p.12.

⁵³Richard P. McBrien, *Être catholique, tome 2*, Paris/Ottawa, Centurion/Novalis, 1984, p. 261.

⁵⁴Pour en savoir plus sur ce sujet, voir : «L'Église dans la mouvance des carolingiens», de CHRISTOPHE, P., in "*L'Église dans l'histoire des hommes, tome premier : des origines au quinzième siècle*", Limoges, Droguet-Ardant, 1982, chapitre 11, p.213-237.

⁵⁵M. Scouarnec, *Pour comprendre les sacrements*, Paris, Les éditions ouvrières, 1991, p. 173.

Le concile de Trente⁵⁶ consacra l'orientation générale de l'application de l'onction à l'article de la mort⁵⁷. À travers ce sacrement, c'est donc la vie spirituelle du malade qui y est désormais soignée dans sa marche vers l'au-delà. D'ailleurs la réforme carolingienne est venue accentuer la place qu'occupe le spirituel par rapport au corporel.

Mais avec l'arrivée du XII^e siècle, s'installe un regard nouveau face à la maladie, soit celui de voir, dans la maladie et la souffrance qui l'accompagne, une participation directe aux souffrances du Christ. La maladie n'est pas souhaitable pour autant, mais le chrétien, en l'acceptant et en l'offrant, y trouve ainsi une valeur rédemptrice en association aux souffrances même du Christ. Ainsi, cette souffrance, autrefois considérée comme inutile, devient chemin de salut pour la personne souffrante et l'ensemble de la communauté.

Il faudra cependant attendre Vatican II (1962-65) pour retrouver ce sacrement en lien direct avec le malade, pour ainsi redevenir "l'onction des malades", en précisant explicitement qu'elle «n'est pas seulement le sacrement de ceux qui se trouvent à toute extrémité»⁵⁸.

Vatican II viendra également confirmer que la souffrance de l'homme associe ce dernier à l'acte rédempteur du Christ : «Quant à ceux qui sont accablés par la pauvreté, la faiblesse, la maladie et l'adversité, ou qui souffrent de persécution pour la justice, qu'ils se sachent unis de façon particulière au Christ souffrant pour le salut du monde. Le Seigneur dans son

⁵⁶«19^e concile oecuménique (1549-1563), convoqué par le pape Paul III à la demande de Charles Quint, pour faire face aux progrès de la Réforme protestante. Tous les points fondamentaux de la doctrine catholique furent examinés ; la plupart des institutions ecclésiastiques furent révisées.» (In *Petit Robert 2*).

⁵⁷Raymond Vaillancourt, «Évolution historique», in *Liturgie foi et culture*, vol 24, no 124, décembre 1990, p. 15.

⁵⁸Voir in *Vatican II*, Constitution sur la sainte liturgie, no 73.

Évangile les a proclamés bienheureux ...»⁵⁹.

S.S. Jean Paul II, dans la continuité de l'Église et de son enseignement, en poursuit le développement dans sa lettre apostolique «*Salvifici Doloris*» :

“Ceux qui communient aux souffrances du Christ ont devant les yeux le mystère pascal de la croix et de la Résurrection, dans lequel le Christ descend... Cela signifie que les faiblesses de toutes les souffrances humaines peuvent être pénétrées de la puissance de Dieu qui s'est manifesté dans la Croix du Christ. Selon cette conception, *souffrir* signifie devenir particulièrement *réceptif*, particulièrement *ouvert* à l'action des forces salvifiques de Dieu offertes à l'humanité dans le Christ... Ainsi, l'homme se retrouve alors qu'il est au fond même de la souffrance : il retrouve «l'âme» qu'il croyait avoir «perdue» à cause de la souffrance.”⁶⁰

L'Église a donc su se donner, dès ses débuts et tout au cours de ses 2 000 ans d'histoire, une liturgie et une littérature bien spécifique pour accompagner ses malades dans cette épreuve toute humaine. C'est ainsi que dans le sacrement des malades, l'Église apparaît comme la communauté de ceux qui sont en route vers le Royaume de Dieu, qui vivent de foi et d'espérance eschatologique. L'Église, à travers ce sacrement, occupe une double position. Elle est sacrement du Christ qui guérit l'être humain dans sa totalité, corps et âme ; elle est en même temps une communauté de croyants qui a constamment besoin de guérison, tant physique que spirituelle, pour poursuivre sa route.

⁵⁹*Vatican II - Les seize documents conciliaires*, «Constitution dogmatique *Lumen Gentium* (l'Église)», chapitre 5, section 41, Montréal, Fides, 1967, p. 69.

⁶⁰S.S. Jean-Paul II, *Le sens chrétien de la souffrance humaine* (coll. L'Église aux quatre vents), Montréal, Fides, 1984, p. 34-35.

6.1.2-L'Église et les soins aux malades.

On réduirait considérablement la préoccupation pastorale de l'Église, à l'égard de la personne malade, si on se limitait aux rites liturgiques officiels (communion, onction des malades, viatique). La communauté chrétienne a attaché, dès ses origines, une grande importance aux visites et aux soins des malades⁶¹. Cette préoccupation de l'Église pour les malades⁶² a permis de mettre en place, au cours des siècles, toute une infrastructure pour les soins médicaux qui était inconnue tant du monde gréco-romain que du monde oriental⁶³.

C'est le contexte du temps et du lieu qui aura ainsi dicté et poussé, par l'idéal évangélique, une poignée de gens à agir pour venir ainsi en aide aux malades, indigents et infirmes. Longtemps, l'Église aura été en tête de file pour les soins donnés aux malades, en toute charité et au nom du Christ.

C'est ainsi que l'Église du Christ a vu naître les ordres hospitaliers qui choisirent de s'adonner au soulagement des misères humaines en se consacrant aux soins des malades. Je me permets d'en citer quelques uns : les Antonins s'occupèrent et soignèrent, vers l'an 1 000, une maladie contagieuse, dite le «mal ardent», provoqué par du blé avarié, où, dans bien des cas, la maladie entraînait la mort après des douleurs atroces⁶⁴ ; les Lazarites qui desservirent dès 1140, un hospice pour lépreux à Jérusalem ; les Hospitaliers du Saint-Esprit, fondé en 1195

⁶¹Mt 10,8 : «Guérissez les malades».

⁶²1Co 12,26 : «Quand un membre souffre, tous les membres souffrent avec lui».

⁶³Messori, V., *Pari sur la mort, l'espérance chrétienne : réalité ou illusion ?*, Paris, Mame, 1984, p. 179.

⁶⁴In : *Théo - Nouvelle encyclopédie catholique*, Paris, Droguet-Ardant/Fayard, 1989, p.50c : «Saint Antoine a longtemps été invoqué pour la guérison de diverses maladies, et spécialement d'une grave inflammation appelée «feu saint Antoine» par rapprochement avec les tentatives du démon d'entraîner le saint en enfer ; cette maladie suscita la fondation de l'ordre hospitalier des Antonins».

à Montpellier, qui dirigèrent plus de 900 hôpitaux à travers toute l'Europe au XV^e siècle⁶⁵.

Jean de Dieu, après une conversion soudaine suite à un sermon de Jean d'Avila, prend la résolution de se vouer au service des malades et fonde un premier hôpital à Grenade, en 1537. Des disciples se joignent à lui et ensemble fondent l'Ordre des Frères Hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu. Rapidement ils plantèrent leurs maisons de soins partout où il en était besoin (Europe, Amérique et Asie du Sud-Est)⁶⁶. Il y eu également Camille de Lellis (1550-1614)⁶⁷, qui fonda l'Ordre des Clercs Réguliers pour les Malades, appelés couramment Camilliens, pour le service et les soins aux malades. Leur signe distinctif est une croix rouge (déjà!) sur leur habit noir⁶⁸. Ce sont également les Camilliens, qui mirent sur pied le premier service ambulancier pour venir en aide aux blessés sur les champs de bataille⁶⁹.

Les ordres hospitaliers se sont de plus en plus multipliés à partir du XVIII^e siècle et sont surtout connus aujourd'hui par les multiples congrégations de religieuses hospitalières⁷⁰ ou garde-malades, qui ont oeuvré et oeuvrent encore dans nos hôpitaux du Québec. C'est ainsi que la préoccupation de l'Église auprès des malades et des indigents aura grandement aidé à la mise sur pied de tout un système de santé, aujourd'hui implanté dans la quasi totalité des pays de notre planète. L'Église a aussi grandement aidé à la formation d'infirmières (écoles dirigées et mises sur pied par les religieuses) et de médecins (universités mises sur pied et dirigées par l'Église).

⁶⁵Le Bras, G. (Sous la direction de...), *Les ordres religieux*, Paris, Flammarion, 1979, p. 655.

⁶⁶Gaussin, P.-R., *Les cohortes du Christ*, Rennes, Ouest-France, 1985, p. 29.

⁶⁷Cf. au chapitre 2, à la page 71, la note de bas de page numéro 71.

⁶⁸*Théo - Nouvelle encyclopédie catholique*, Paris, Droguet-Ardant/Fayard, 1989, p. 57c.

⁶⁹*Ibid.*, p. 57c et 87a : "Le pape Léon XIII a déclaré Camille de Lellis et Jean de Dieu protecteurs des infirmes, des infirmiers et infirmières et des hôpitaux, en 1886. Le pape Pie XI nomma Jean de Dieu patron des infirmiers et infirmières en 1930".

⁷⁰Entre autre : la communauté des Soeurs Grises, la communauté des soeurs Augustines de la Miséricorde de Jésus, la communauté des Filles de la Charité de Saint-Vincent de Paul.

L'Église a été, de tout temps, l'institution qui s'est le plus impliquée humainement et monétairement au service de la personne malade, qui s'est le plus investie au niveau de la lutte à la maladie. C'est également elle qui aura le plus fait preuve d'initiative pour rejoindre la personne malade dans son milieu, lui apporter le soulagement dont elle a besoin, tant au niveau du corps que de l'âme, l'être humain étant un tout.

Encore aujourd'hui, l'Église est toujours présente et active auprès des malades et des plus démunis de notre société. Qu'il suffise de mentionner le travail de mère Thérésa de Calcutta⁷¹ et de ses petites soeurs (les Soeurs Missionnaires de la Charité), de Jean Vanier et l'Arche qu'il a fondé⁷², pour y voir à l'oeuvre le bon Samaritain du récit parabolique de l'évangéliste Luc.

La tradition chrétienne, riche de 2 000 ans de vie au service du prochain malade et souffrant, tant dans son corps que dans son âme, a encore beaucoup à donner, à apporter à notre société de plus en plus "areligieuse". C'est à nous, qui la composons aujourd'hui, de relever les nouveaux défis qui se présentent à notre société moderne, où le malade a toujours besoin de soins spirituels, de soins physiques et de chaleur humaine pour lui permettre de se relever et de reprendre le chemin de la vie.

Il ne suffit donc pas de faire reposer sur la seule personne du prêtre et du sacrement de l'onction, le signe concret de la présence divine auprès de la personne malade, comme nous le faisons trop souvent aujourd'hui⁷³. C'est l'affaire de toute la communauté chrétienne (Jc 5,14-15). Le malade qui entrevoit un bref instant le prêtre, mais jamais personne d'autre, aura sans doute beaucoup de mal à percevoir la présence effective de l'Église. Comment

⁷¹Décédée le 6 septembre 1997.

⁷²Jean Toulat, *Les forces de l'amour - de Jean Vanier à mère Thérésa*, Paris, Éditions S.O.S., 1976, p. 11-26 et 215-226.

⁷³Association des catéchistes allemands, *Manuel de la foi*, Paris, Cerf, 1989, p.206.

découvrirait-il qu'elle souffre avec lui ? C'est pourquoi tous les chrétiens doivent se demander comment, en tant que croyants, ils peuvent vraiment assister ceux qui souffrent et meurent dans la solitude.

6.1.3-Obligation humaine - engagement chrétien.

Dans cette section du présent chapitre, notre attention s'est portée sur les deux avenues que l'Église a su utiliser et développer progressivement, tout au long de son histoire, pour venir en aide à la personne malade. C'est ainsi, qu'à travers mille et une actions, parfois sous l'agir d'un chrétien isolé, tantôt sous la gouverne d'un groupe bien structuré, que, petit à petit, cet "Amour du Prochain", cette "Disponibilité" aura permis d'attribuer le titre de "bon Samaritain" à notre Église, malgré les écorchures⁷⁴ qu'elle a faites dans sa propre chair au cours des âges.

S.S. Jean-Paul II, dans sa lettre apostolique «Salvifici Doloris», qui consacre son chapitre VII au bon Samaritain, nous le définit ainsi :

“La parabole du bon Samaritain appartient à l'évangile de la souffrance. Elle indique, en effet, quelle doit être la relation de chacun d'entre nous avec le prochain en état de souffrance. Il nous est interdit de «passer outre», avec indifférence, mais nous devons «nous arrêter» auprès de lui. Le bon Samaritain, c'est toute personne qui s'arrête auprès de la souffrance d'un autre homme, quelle qu'elle soit. S'arrêter ainsi, cela n'est pas faire preuve de curiosité mais de disponibilité... Le bon Samaritain est toute personne sensible à la souffrance d'autrui, la personne qui «s'émeut» du malheur du prochain... Il importe donc de développer en soi cette sensibilité du cœur, qui

⁷⁴Cf.. Note 33 du chapitre 5, en page 137.

témoigne de notre *compassion* pour un être souffrant. Parfois, cette compassion est la seule ou la principale expression possible de notre amour et de notre solidarité avec ceux qui souffrent.⁷⁵

C'est ainsi que, dans un premier temps, il applique la façon d'agir du bon Samaritain, à "toute personne" portant secours à l'un de ses semblables souffrant et ce, de quelque nature que puisse être cette souffrance. Le bon Samaritain est la personne qui est capable de se donner sans attendre de retour. Cette parabole est donc dans un premier temps, «la parabole de la fraternité humaine»⁷⁶.

Mais dans un second temps, il la relie à l'Église en ces termes :

"Cette activité de «bon Samaritain» peut être définie comme un *apostolat*, toute les fois qu'elle est entreprise pour des motifs clairement évangéliques surtout lorsque cela se produit en lien avec l'Église."⁷⁷

De ce fait, être "bon Samaritain" devient la mission que le Christ nous a donné à poursuivre depuis son Ascension. Il a confié cette charge à son Église et ce sont maintenant les chrétiens, en particulier ceux exerçant un ministère pastoral auprès des malades, qui deviennent des témoins privilégiés de la tendresse de Dieu et de sa consolation⁷⁸. Jésus, par

⁷⁵S.S. Jean-Paul II, *Le sens chrétien de la souffrance humaine*, Montréal, Fides, 1984, p. 47.

⁷⁶P. Henry Perroy, *Les paraboles (récits évangéliques-septième série)*, Paris/Lyon, Emmanuel Vitte, 1953, p. 244.

⁷⁷S.S Jean-Paul II, *Le sens chrétien de la souffrance humaine*, Montréal, Fides, 1984, p. 49.

⁷⁸Robert Dagenais, «De la consolation à la relation d'aide», in *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993, p. 195.

cette parabole, a voulu nous montrer que la bonté de Dieu vainc le mal en s'approchant du pécheur et en l'aimant profondément⁷⁹.

L'Église a pris au sérieux cette mission du Christ d'apporter réconfort et espérance à tous ces gens souffrants qui nous entourent. C'est ce qui l'a amené, comme nous venons de le voir, à instituer le sacrement des malades qu'elle administre au nom du Christ⁸⁰ et à fonder les premiers hôpitaux (Hôtel-Dieu)⁸¹. C'est ainsi, qu'au cours des âges, il y a toujours eu des chrétiens et chrétiennes pour reprendre le flambeau du bon Samaritain, comme Jésus nous l'avait proposé. Cette tâche, ce service du prochain est essentiel en pastorale tout comme dans l'ensemble de la vie chrétienne, si nous voulons poursuivre la mission du Christ et ainsi marcher sur ses pas au service du pauvre, du démuné, de l'infirme, du malade.

“Le Christ est passé en faisant le bien, et son action le portait en premier lieu vers ceux qui souffraient et ceux qui attendaient de l'aide. Il guérissait les malades... Il était sensible à toute souffrance humaine, tant du corps que de l'âme.”⁸²

La parabole du bon Samaritain constitue donc un enseignement des plus significatifs pour tout chrétien impliqué au niveau de “*l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*”, une invitation à poursuivre, au nom de Jésus-Christ, au nom de Dieu, le Père de tout être humain.

⁷⁹Louis Roy, *Se réaliser et suivre Jésus : est-ce possible ?*, Montréal, Fides, 1989, p. 63.

⁸⁰Cf. Le point 6.1.1.

⁸¹Cf. Le point 6.1.2.

⁸²Jean-Paul II, *Le sens chrétien de la souffrance humaine*, Montréal, Fides, 1984, p. 21.

6.2-Deux acteurs face au bon Samaritain.

Une plongée dans la tradition chrétienne, ne saurait être complète sans la pensée d'un théologien contemporain sur l'être humain. De plus, traiter d'un sujet aussi complexe que l'accompagnement de la personne malade ne saurait être complet sans l'exemple humanisant d'un homme qui a donné et qui continue à donner inlassablement pour l'être humain blessé dans son être.

Cette fin de parcours permettra, dans un premier temps, de comprendre, voire saisir ce que veut dire «être humain» aujourd'hui, dans un monde de plus en plus déshumanisant. Dans un second temps, nous pourrions mieux apprécier la signification de l'expression «être prochain», que notre vie dite moderne a plus ou moins mis aux oubliettes au profit du moi égocentrique, du moi qui fait abstraction de l'autre comme composante de notre entourage immédiat.

6.2.1-Hans Küng : être humain.

Comme je l'ai déjà mentionné à plusieurs reprises, nos hôpitaux sont de plus en plus déshumanisés, du fait de leur grosseur et du temps de plus en plus réduit que le Service infirmier accorde à la personne malade. C'est ainsi que de nos jours, de plus en plus de malades éprouvent de l'angoisse à l'idée d'être mis à l'écart dans nos hôpitaux, où ils sont menacés par un diagnostic informatisé, où le personnel est surchargé dans sa tâche, où les appareillages hautement spécialisés remplacent bien souvent l'intérêt à l'égard du malade, qui est pourtant encore et toujours une personne bien vivante.

Pour Küng, «s'il existe un Dieu qui se veut partenaire de l'homme, la dignité de l'homme n'est donc ni un postulat sans conséquence ni un simple propos politique, mais une réalité qui se fonde en Dieu même et dont nul ne saurait se priver». Il poursuit en définissant

ainsi, l'humanité et l'être humain :

“L'humanité c'est l'attention à la valeur de chaque être humain qui, en tant que personne, reste précieux, indépendamment de son rôle dans la société, de sa capacité de rendement et de service. Être humain renvoie à la grande tâche de l'homme à l'égard de l'homme, qu'il soit sain ou malade... ; en tant que créatures et partenaires de Dieu, ils sont les porteurs d'une incontestable dignité qu'il faut respecter, particulièrement quand ils sont malades. Être humain justement envers le malade qui, dans le cadre du traitement, ne doit jamais être relégué au rang d'objet... C'est donc un travail d'humanisation de la médecine qui s'inscrit dans le processus d'humanisation de l'homme en tant que tel.”⁸³

Pour ce faire, il préconise une attitude nouvelle face à la maladie, qu'il nous présente ainsi :

“S'il existe un Dieu qui ne laisse jamais l'homme seul, alors le médecin ne considérera jamais la maladie sous un angle purement chimique ou biologique... Il considérera la maladie plutôt comme un amoindrissement... qui vise tel individu concret et tout ce qui touche à son existence d'homme ; alors les moments de maladie ne seront jamais plus des moments de désespoir dans le sentiment d'être abandonné et condamné par Dieu, mais des temps de réflexion intense et humains...”⁸⁴

Les sentiments de désespoir et d'abandon du malade auxquels fait allusion Kūng nous

⁸³Hans Kūng, *Vie éternelle ?*, Paris, Éditions du Seuil, 1985, p. 218.

⁸⁴Ibid., p. 218-219.

ramènent directement au personnage anonyme et abandonné au bord de la route, sur qui le bon Samaritain se penche et porte assistance, à l'image même de Dieu compatissant et miséricordieux pour sa créature. Puis Küng poursuit en nous proposant une nouvelle attitude à adopter face à la thérapie :

“S’il existe un Dieu qui n’est pas seulement un Dieu de l’esprit mais aussi un Dieu du corps, un Dieu des bien portants aussi bien des malades, nous nous devons de considérer l’être humain en tant qu’unité, en tant que personne. Ainsi, l’homme doit conserver toute sa valeur personnelle quand il est malade... Toute vie humaine a et garde un sens... a droit à des soins appropriés. Le médecin ne doit jamais traiter uniquement les maladies que l’homme a, mais l’homme qui est malade. Il faut reprendre le dialogue... remédier à la dépersonnalisation dans nos hôpitaux... au bénéfice de la personne humaine.”⁸⁵

Effectivement le médecin, en voulant traiter telle ou telle maladie, en vient-il à se couper de son patient, de l’être humain en face de lui. Dans cette façon de faire, de traiter le malade, le médecin ne serait-il pas dans la peau même du prêtre et du lévite face à l’être humain souffrant, en regardant et traitant la chose (la maladie) au lieu de l’être humain ? Nous avons ainsi, plusieurs comportements et façons de faire, que nous nous devrions de réviser, afin de devenir plus humains à l’égard de notre prochain.

Le message de Jésus culmine dans l’amour du prochain (Mc 12, 31-34), illustré par la parabole du bon Samaritain (Lc 10,25-37) et par la règle critique du jugement final (Mt 25,34-46). Ainsi les soins organisés donnés aux malades sont devenus, au cours des âges, un trait spécifiquement chrétien, qui distingue le christianisme des autres religions mondiales. Mais par suite de l’évolution historique, le processus de sécularisation retira à l’Église maintes

⁸⁵Tbid., p. 219-220.

tâches qu'elle avait assumées par nécessité. Mais face à tout ces changements de société, Kūng réitère ce qui suit :

“C'est donc une tâche et un devoir pour le chrétien de coopérer vigoureusement dans la société moderne à la lutte multiforme contre la souffrance, la pauvreté, la faim, les misères sociales, la maladie et la mort.”⁸⁶

Ainsi pour Kūng, c'est en humanisant nos relations avec autrui et en continuant à nous impliquer au sein des institutions mises en place par notre société, que nous pourrions le mieux poursuivre l'oeuvre que l'Église porte, depuis près de 2 000 ans, à la suite de Jésus, soit de prendre parti pour l'être humain et ainsi y découvrir l'action même de Dieu pour sa créature, l'être humain en marche vers son plein accomplissement.

6.2.2-Jean Vanier : être prochain.

“Les nations dépensent, en une année, pour leurs armements, trois cents milliards de dollars : l'équivalent des revenus nationaux additionnés des pays du tiers-monde, où plus d'un milliard d'hommes, de femmes et d'enfants se nourrissent d'un bol de riz ou d'un morceau de kesra”⁸⁷. “En 1977, les dépenses militaires à l'échelle mondiale s'élevaient à près de \$400 milliards”⁸⁸. “Un Prix Nobel de médecine, le docteur Crick, de Cambridge (Angleterre), suggère que l'on puisse éliminer un enfant dans les deux jours qui suivent sa naissance, si l'on découvre qu'il est malformé; aux États-Unis, le docteur Watson, Prix Nobel lui aussi, va

⁸⁶Hans Kūng, *L'homme, la souffrance et Dieu*, Bruges, Desclée De Brouwer, 1969, p. 93.

⁸⁷Jean Toulat, *Les forces de l'amour - de Jean Vanier à Mère Teresa*, Paris, Éditions S.O.S., 1976, p.9.

⁸⁸Conférence des Évêques catholiques du Canada, in *Appel à la justice - Une société à refaire*, mai 1979, p. 118.

jusqu'à trois jours"⁸⁹.

Alors que notre planète Terre se réchauffe, le coeur de l'homme, quant à lui, se refroidit, se déshumanise, se durcit, s'individualise. Tout cela est dû à un manque d'amour à l'égard du prochain. Saint Paul, dans sa lettre aux Corinthiens, a écrit : «Sans l'amour je ne suis rien... s'il me manque l'amour, je n'y gagne rien»⁹⁰. Puis, dans sa lettre aux Romains, il poursuit sa pensée et ajoute : «L'amour ne fait aucun tort au prochain ; l'amour est donc le plein accomplissement de la loi»⁹¹.

Mais encore faut-il que l'être humain accepte de s'ouvrir à l'autre, qu'il accepte de se pencher sur les souffrances de son prochain, qu'il l'accepte comme il est, c'est-à-dire un homme et une femme comme lui, avec des problèmes et des souffrances personnelles⁹², comme chacun et chacune de nous en avons.

Jean Vanier a découvert le monde des déficients mentaux dans les hôpitaux psychiatriques qu'il a visités. Il les a vu bourrés de médicaments, maintenus dans l'isolement et l'oisiveté totale. Ému par la souffrance et l'abandon de tant d'êtres humains en difficulté au niveau de la santé mentale, il en est venu à s'impliquer personnellement en créant l'Arche⁹³. Il devint ainsi, à sa manière, un "nouveau bon Samaritain". Écoutons-le :

⁸⁹Jean Toulat, *Les forces de l'amour - de Jean Vanier à Mère Teresa*, Paris, Éditions S.O.S., 1976, p. 9.

⁹⁰1Co 13,2-3.

⁹¹Rm 13,10.

⁹²Tant au niveau physique, psychologique que spirituel.

⁹³Jean Toulat, *Les forces de l'amour*, Paris, S.O.S., 1976, p. 15 : "Il baptise sa maison l'Arche dans l'espoir, dit-il, «que cette nouvelle arche de Noé sauvera les inadaptés en les empêchant de se noyer dans le déluge du monde moderne»".

“Beaucoup, avant de venir à l’Arche, étaient jugés bons à rien... À l’Arche, ils y trouvent une raison de vivre... Les rejetés de la société trouvent ici une maison et une famille.”⁹⁴

Jean Vanier aime bien employer la parabole du bon Samaritain, pour expliquer le ressenti de l’être humain en face de la personne malade, du pauvre, du mendiant :

“Il y a toujours une certaine gêne en face du mendiant, ou du pauvre (en avoir ou de santé) qui crie. C’était sûrement cette même peur (gêne) qui habitait le cœur du prêtre et du lévite dans la parabole de Jésus qu’on appelle la parabole du bon Samaritain. Un prêtre puis un lévite sont passés par là ; ils l’ont vu, mais ils ont continué leur chemin ; ils avaient peur de s’arrêter. Mais un Samaritain... s’est arrêté...”

Nous avons tous peur... de l’homme... qui gît à terre. Si on s’arrête, on va perdre quelque chose : du temps... on va peut-être nous accuser de l’avoir fait... Alors on se justifie en disant : «Je n’ai pas le temps, et puis je ne peux pas donner à tout le monde...». Nous ne voulons pas nous salir les mains. Peut-être plus profondément, savons-nous confusément que le pauvre recherche la solidarité, l’amitié et la communion. Mais nous, nous sommes pauvres en capacité d’aimer et en désir de changer. Un mur se dresse ainsi entre ceux qui sont bien... et les pauvres (de toutes sortes).”⁹⁵

Bien souvent, j’ai constaté que les infirmes et les déficients mentaux avaient très peu, pour ne pas dire carrément aucune visite de la part des auxiliaires ou des personnes faisant de l’accompagnement auprès des malades. Même moi, je dois l’avouer, j’ai de la difficulté à m’en

⁹⁴Ibidem, p. 12-13.

⁹⁵Jean Vanier, *Toute personne est une histoire sacrée*, Paris, Plon/Lauréidit inc, 1994, p. 34-35.

approcher et à nouer connaissance avec cette catégorie de malades que sont les déficients mentaux, comme si une force mystérieuse m'empêchait de m'en approcher.

C'est, comme le dit Jean Vanier, «que nous avons une certaine gêne»⁹⁶ en face de la maladie. Nous sommes à ce moment-là, le prêtre et le lévite de la parabole, plus préoccupés par notre personne et nos propres lois, que par le prochain qui est face à nous. La personne abandonnée au bord de la route, c'est le non-amour du prochain qui la maintient dans cet état de mort apparente. Le bon Samaritain, par son regard, sa compassion et le temps qu'il lui accorde, lui a confirmé qu'elle est toujours un être humain, qu'elle a de la valeur⁹⁷. Ainsi ce dont le malade a le plus besoin, c'est de l'amour que nous pouvons lui apporter, soit à travers les soins dispensés, soit à travers la visite d'un bénévole, d'un membre du Service de la pastorale :

“Quand on est en état de faiblesse, on n'a pas besoin de grand discours ou d'actions, mais de la présence de quelqu'un qui vient près de nous pour nous tenir la main et dire : «je suis content d'être là avec toi». Ainsi on sait qu'on est aimé, non pour ce qu'on est capable de faire, mais pour ce qu'on est.”⁹⁸

Ce que préconise par conséquent Jean Vanier dans sa façon de faire et de vivre avec les personnes en manque de santé, c'est de “vivre avec”, de “marcher avec”. «Il ne s'agit plus de faire pour l'autre, mais avec la personne malade»⁹⁹, de partager avec elle ses inquiétudes et ses interrogations profondes, au même titre que ses joies. C'est une invitation à la solidarité

⁹⁶Ibidem, p. 34.

⁹⁷Ibidem, p. 38.

⁹⁸Ibidem, p. 62.

⁹⁹Jean Toulat, *Les forces de l'amour - de Jean Vanier à Mère teresa*, Paris, Éditions S.O.S., 1976, p. 25-26.

humaine, solidarité non plus entre bien portants, mais bien solidarité avec chaque être humain constituant notre communauté. Finalement, ce qu'il préconise, c'est d'être proche de l'autre dans le besoin.

De plus, soyons assurés que nous serons tous, à un certain moment de notre vie, la personne en retrait de la route, qui aura besoin d'aide, d'assistance et d'écoute. Jean Vanier nous le dit en ces mots :

“Nous sommes tous blessés, blessés par la maladie, le handicap ou la mort d'un être cher, blessés par le passé et par la non-acceptation de soi-même ; blessés par des échecs dans le travail mais surtout dans la vie relationnelle ; blessés par des haines et des peurs, des refus de pardon, des mises à l'écart, des blocages entre des personnes et des groupes, blessés par nos infidélités, nos péchés”¹⁰⁰.

La pédagogie qui est mise à l'oeuvre par l'Arche, c'est celle de la croissance humaine. L'Être humain étant un être de croissance, il évolue, grandit, acquiert une identité et s'ouvre à l'autre. Cette croissance se fait à travers tout ce que vit la personne au cours de sa vie. Mais une fois sur le côté de la route, c'est-à-dire malade, couché sur un lit d'hôpital, sous le contrôle et la gérance de tous et chacun, ce dont ces personnes ont le plus de besoin, «c'est d'être écoutés et aidés à trouver un sens à leur expérience»¹⁰¹. C'est à nous de les rejoindre là où ils en sont, pour les aider à poursuivre ainsi leur croissance personnelle. Jean Vanier nous fait une assez bonne description de cette façon de faire avec la personne malade :

“Il s'agit de les rejoindre là où ils sont, de les aider à vivre une cohérence entre ce qu'ils disent et

¹⁰⁰Jean Vanier, *Homme et femme il les fit*, Montréal, Bellarmin, 1984, p. 195.

¹⁰¹Jean Vanier, *Toute personne est une histoire sacrée*, Paris, Plon/Laurédit inc., 1994, p. 13.

vivent, à être dans la réalité de leur humanité, à saisir et à accepter leurs dons et capacités mais aussi leurs limites ou leurs blessures, et surtout à croître dans leur humanité, leur vie spirituelle et dans leur capacité de cheminer vers une plus grande maturité en recherchant la nourriture spirituelle et intellectuelle, le soutien et le repos dont ils ont besoin.”¹⁰²

Ce que Jean Vanier a fait avec l’Arche est grandiose. Il est ce que je me permet d’appeler le “Samaritain des temps modernes”. Dans sa façon de faire avec ses protégés, sa méthode d’accompagnement est pour ainsi dire révolutionnaire. Il serait irréaliste de croire à l’application de cette façon d’accompagner les malades, mise sur pied par Vanier, dans nos centres hospitaliers, où le temps d’intervention est restreint, où les différents bénévoles, accompagnant la personne malade, doivent s’ajuster, voire se plier, à la façon de faire des différents intervenants de la santé. Toutefois, comme accompagnateur chrétien, je puis m’en imprégner, en faire mon modèle et, en me basant sur sa spiritualité, me tourner vers la personne malade, l’écouter et la supporter dans ses souffrances tant physiques que spirituelles. Jean Vanier y voit quand même un besoin indispensable pour la personne hospitalisée :

“Les personnes en situation de faiblesse laissent tomber les barrières plus vite ; elles ne cherchent pas à se prouver ou à se cacher derrière des masques. Elles ne peuvent pas cacher leur faiblesse. Il y a une grande vérité dans leur partage et leurs réactions. Et la vérité rend libre. Mais l’essentiel, est double : la rencontre des coeurs, un souci personnel pour chacun ; et le but autour duquel les personnes se rencontrent, faire communauté. C’est alors dans la relation du coeur à coeur, à travers un corps à corps que nous saurons ainsi leur venir en aide.”¹⁰³

¹⁰²Ibidem, p. 180.

¹⁰³Ibidem, p. 210, 252 et 275.

La philosophie de Jean Vanier est très bien décrite par le titre d'un de ses volumes : *"Toute personne est une histoire sacrée"*¹⁰⁴. Cela suppose donc une approche et une écoute pour ainsi dire sacramentelles de la personne malade, qui souffre dans son corps et qui participe ainsi, à sa manière, en association avec les souffrances du Christ en croix, à la rédemption de l'ensemble de l'humanité. Cela exige de ceux qui accompagnent un respect profond et un don total de soi au moment de la rencontre, car celui qui est face à nous, c'est mon prochain, c'est mon frère.

6.2.3-Pour conclure.

Que pouvons-nous en conclure de cette exploration dans la pensée de l'Église à l'égard du prochain ?

Jésus-Christ a révolutionné le monde de son époque en affirmant que l'amour de Dieu et du prochain contenaient toute la Loi et les Prophètes¹⁰⁵. Et ce qu'il a exigé de ses disciples, il l'a vécu toute sa vie :

"Je vous donne un commandement nouveau : aimez-vous les uns les autres comme je vous ai aimés..."¹⁰⁶.

Il a démontré et enseigné que le prochain n'était pas seulement nos proches immédiats, comme le préconisaient les Juifs de son temps, mais l'ensemble de l'humanité, c'est-à-dire

¹⁰⁴Publié par Plon/Laurédit inc., à Paris, 1994.

¹⁰⁵Mt 22,34-40.

¹⁰⁶Jn 13, 34 ; 15,12.

Juifs et païens¹⁰⁷. Il s'est préoccupé avec une attention toute spéciale des pauvres, des infirmes, des malades, faisant d'eux sa priorité, son option fondamentale¹⁰⁸. Par son exemple de vie, Jésus nous invite, nous aussi, à travers ses disciples, à ne pas absolutiser les structures établies, qu'elles soient de nature religieuse¹⁰⁹ ou politique, ou qu'elles soient simplement des préjugés bien établis¹¹⁰ qui asservissent les consciences. Ainsi, à travers la parabole du bon Samaritain, ce que Jésus a voulu nous démontrer, c'est :

“On a à prendre l'initiative de devenir soi-même le prochain de tout homme dans le besoin, quel qu'il soit. La loi de Jésus c'est, le prochain que je rencontre, et qui a besoin de mon aide, de façon urgente, et c'est le sentiment de pitié et de compassion que j'éprouve envers lui. Manquer à cette loi, c'est devenir froid et inhumain.”¹¹¹

Ainsi l'Église qui a vu le jour dans la mission universelle que Jésus confia à ses disciples et à ses apôtres, a-t-elle su, à sa manière, être également révolutionnaire en s'occupant des laissés pour compte, des infirmes, des malades. De même, comme nous l'avons vu, elle a mis sur pied ce qu'aucune nation ni religion n'avaient su faire auparavant, des Hôtels-Dieu, des hôpitaux, avec les services connexes pour le mieux-être de la personne malade, quelle qu'elle soit. L'Église, comme Jésus, a su s'arrêter, se pencher et soulager la souffrance humaine au cours des âges tant physique que spirituelle. Elle est toujours à l'oeuvre auprès de

¹⁰⁷Lc 10,29-37 : le bon Samaritain ; Mt 8,5-13 : le centurion de Capharnaüm ; Mt 15,21-28 : la foi de la Cananéenne...

¹⁰⁸Jacques Doyon, *L'option fondamentale de Jésus*, Montréal, Les Éditions Paulines, 1984, p. 29.

¹⁰⁹Mc 2,27-28 : “C'est pourquoi le fils de l'homme est maître du sabbat...”

¹¹⁰Mt 15,1-9 ; Lc 10,31-32.

¹¹¹Jacques Doyon, *L'option fondamentale de Jésus*, Montréal, Les Éditions Paulines, 1984, p.74.

la personne souffrante, de différentes façons¹¹².

La société moderne a pris la relève de l'Église au niveau des hôpitaux et des soins physiques à apporter à la personne malade. La science se préoccupe beaucoup de la maladie, du mal mais dans la manière d'intervenir il y a risque qu'elle s'éloigne de la personne humaine qui devient non plus un être humain, mais un cas. Cela peut entraîner une déshumanisation des services de soins en séparant le physique du spirituel.

C'est là précisément que les chrétiens et chrétiennes, comme Jean Vanier avec l'Arche, ont un rôle de premier plan à jouer auprès de ces personnes que l'on néglige, que l'on oublie. C'est là que l'enseignement de l'Église d'aujourd'hui, à travers ses théologiens, a à nous définir les orientations que nous devons suivre, afin d'être et demeurer, à l'exemple de l'enseignement du Christ, des Samaritains qui n'hésitent pas à s'arrêter, à se pencher sur la personne blessée, à lui apporter les soins médicaux oui, mais également les soins psychologiques et spirituels dont le malade a besoin, ce prochain que nous croisons constamment sur la route de la vie humaine, qui est toujours à poursuivre, en marche vers le plein accomplissement de chacun de nous.

Je termine ce chapitre par un texte de Jean-Paul Sartre, un non croyant, qui misait beaucoup sur l'homme, l'être humain et sa solidarité :

“Et quand nous disons que l'homme est responsable de lui-même, nous ne voulons pas dire que l'homme est responsable de sa stricte individualité, mais qu'il est responsable de tous les hommes... Quand nous disons que l'homme se choisit, nous entendons que chacun d'entre nous se

¹¹²Jean Vanier et l'Arche ; Mère Térésa et les soeurs Missionnaires de la Charité à Calcutta ; Padre Miguel auprès des lépreux de Sao Luis au Brésil ; les Petites Soeurs et les Petits Frères de Charles de Foucauld...

choisit, mais par là nous voulons dire aussi qu'en se choisissant, il choisit les hommes. En effet, il n'est pas un de nos actes qui, en créant l'homme que nous voulons être, ne crée en même temps une image de l'homme tel que nous estimons qu'il doit être. Choisir d'être ceci ou cela, c'est affirmer en même temps la valeur de ce que nous choisissons, car nous ne pouvons jamais choisir le mal; ce que nous choisissons, c'est toujours le bien, et rien ne peut être bon pour nous sans l'être pour tous. ...Ainsi, notre responsabilité est beaucoup plus grande que nous ne pourrions le supposer, car elle engage l'humanité entière."¹¹³

¹¹³Jean-Paul Sartre, *L'existentialisme est un humanisme*, Paris, Nagel, 1970.

Troisième Partie

“Pour un accompagnement pastoral pertinent au contexte actuel”

Introduction

Chapitre septième : “Demain, quel type de présence aurons-nous ?”

INTRODUCTION

L'Église doit sans cesse discerner au jour le jour de nouvelles voies pour exprimer sa foi et vivre sa mission. Paul VI constatait en 1973 :

“Les conditions de la société nous obligent à réviser les méthodes, à chercher par tous les moyens à étudier comment faire arriver à l'homme moderne le message chrétien, dans lequel il peut trouver la réponse à ses interrogations et la force pour un engagement de solidarité humaine.”¹

¹Exhortation Evangelie Nuntiandi, no 3.

La mission auprès des malades, qui se vit maintenant et se vivra demain, n'est plus celle d'hier ni dans ses attitudes ni dans ses méthodes. La société étant en constante évolution, l'Église se doit, elle aussi, de suivre le mouvement et ainsi de rester une présence agissante auprès de nos frères et soeurs hospitalisés.

Sous les termes utilisés présentement que sont la rationalisation, la réorganisation, la désinstitutionnalisation, la chirurgie d'un jour, le virage ambulatoire... se cache, en effet un accroissement des tâches dévolues aux collectivités où l'Église a toujours su être présente et active.

Cette troisième partie se veut donc un regard sur ce qu'est présentement cette présence et ce qu'elle devra faire pour demeurer un service d'Église toujours actif et pertinent dans nos centres hospitaliers, ou les délestages de la part de nos gouvernements se multiplient, ou on recommence à confier aux familles, à l'action communautaire, au bénévolat, les tâches que l'État avait pourtant promis d'assumer. Ainsi, en conformité avec : les dires et interventions des différents intervenants (ch.2), les attentes de la personne malade (ch.3), la lecture de l'enseignement de Jésus (ch.5) et la pratique de l'Église auprès des malades (ch.6), cette dernière section nous permet de proposer des voies d'avenir pour une continuité toujours agissante de notre Église auprès de l'ensemble des personnes hospitalisées.

CHAPITRE SEPTIÈME

“DEMAIN, QUEL TYPE DE PRÉSENCE AURONS-NOUS ?”

Après toutes ces années d'études en théologie, tantôt à temps partiel, tantôt à temps complet, après avoir visité et accompagné un bon nombre de personnes, malades et/ou mourantes, en milieu hospitalier, après avoir accompagné mon épouse dans sa maladie et avoir moi-même été hospitalisé, après plus de neuf mois d'écriture, j'en suis finalement rendu à l'accouchement de ce dernier chapitre de mon mémoire de maîtrise.

Si j'ai entrepris cette longue quête, c'était dans le but de mieux comprendre ce que vit la personne malade durant tout le temps de son hospitalisation dans cet univers aseptisé. Je voulais connaître davantage les besoins spirituels de ces personnes souffrantes que je visitais, que j'accompagnais. Finalement, je désirais y découvrir la place, le rôle que joue encore

aujourd'hui l'Église, notre Église, auprès de toutes ces personnes souffrantes qui, bien souvent, sont en manque d'amour, de réconfort, de chaleur humaine et de soutien spirituel. J'y ai trouvé tout cela, mais bien plus encore. Je m'y suis trouvé. J'y ai trouvé un être de besoins, un homme en recherche, un humain qui a besoin de ses semblables tant pour vivre et exister, que pour grandir et trouver un sens à la vie.

7.1-La situation actuelle du malade

Ma recherche m'aura permis d'observer et de mieux comprendre qu'une demande de soins est, d'abord et avant tout, une demande d'attention, d'autant plus fine et vigilante que toute atteinte à l'intégrité physique ou psychologique est vécue comme une épreuve solitaire, angoissante et douloureuse. De plus, l'entrée en maladie provoque des changements profonds, dans la personnalité du malade, ébranle ses convictions profondes, modifie ses comportements et transforme son rapport avec son propre corps et ses relations avec son entourage.

Comme le dit Marie-Georges Fayn, "l'hôpital est partagé entre sa mission de soins, sa responsabilité sociale et ses obligations de résultats financiers"². Daniel Defert poursuit dans la même ligne d'idée en ces termes :

"On a assisté, en effet, ces dernières années à une distanciation croissante entre les deux fonctions d'assistance, d'origine caritative, et sa fonction thérapeutique, de plus en plus technique... Si l'avenir est bien à la réduction du temps d'hospitalisation, c'est toute la relation de l'hôpital aux personnes, à leur entourage, au tissu social, à la médecine de ville qu'il faut repenser."³

²Marie-Georges Fayn, *Humaniser les soins*, Paris, ESF éditeur, 1995, p. 5.

³Daniel Defert, dans la préface du volume précédemment cité, p. 11.

C'est pourquoi une nouvelle façon de faire, une nouvelle approche du malade est actuellement mise de l'avant dans différentes maisons spécialisées et départements hospitaliers de soins palliatifs⁴. Ainsi, «le modèle humain promu par la médecine palliative est celui d'un être relationnel»⁵. La communication⁶ devient donc un facteur important, dans l'administration des soins palliatifs. La médecine s'ouvre ainsi, tout doucement, à la dimension psychosociale de la personne malade. C'est à espérer que cette nouvelle façon de faire s'étende à l'ensemble de nos centres hospitaliers, qu'elle se propage aux autres services dispensés par ces derniers et que le rouleau compresseur du ministre Rochon, ne vienne pas tout remettre en question, voire démolir cette ouverture du monde médical à l'égard du malade dans son intégrité.

C'est dans la même ligne d'idée que Mgr Adolphe Proulx⁷, s'inspirant d'un texte de Saint Paul⁸, prononçait ces quelques mots lors d'un congrès de l'association catholique canadienne de la santé, le 21 mai 1987 à Hull :

“Saint Paul... , met directement en cause les travailleurs... de la santé en leur parlant de l'Église comme d'un corps. Ce qu'il dit ne se limite pas seulement à l'institution qu'est l'Église, mais elle enveloppe tous les organismes qui veulent se consacrer au bien-être des malades. Comment

⁴La Maison Michel Sarrazin de Québec et la Maison Victor-Gadbois de la Montérégie, l'hôpital Notre-Dame et le Royal-Victoria de Montréal, ainsi que le Centre hospitalier de Verdun et le Centre Hospitalier de l'Université Laval, pour ne nommer que ceux-ci.

⁵Éric Volant, «Un abri pour ceux qui s'acheminent vers la mort», in *Frontières*, Montréal, Université du Québec à Montréal, volume 5, numéro 3, hiver 1993, p. 5.

⁶Colette Gendron et Micheline Carrier, in *La mort condition de la vie*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1997, en page 117, vont dans le même sens, lorsqu'elles affirment : “Deux mots résumant finalement ce qui devrait guider l'intervention auprès des personnes mourantes (par extension tous les malades) : AMOUR et COMMUNICATION”.

⁷Décédé le 22 juillet 1987. Il était évêque du diocèse de Gatineau-Hull.

⁸1 Corinthiens, 12, 12-30.

peut-on croire qu'il est possible de mettre en oeuvre, de «soigner, soulager, servir», si on n'est pas imbu de l'importance de l'équilibre dans le corps humain ? ... Cette attention et cet idéal proposés par Paul doivent devenir l'ambition de tous ceux... qui sont préoccupés par la santé de leurs frères et soeurs.⁹

Ce texte, transposé à ce que nous vivons actuellement dans nos hôpitaux, est plus que jamais d'actualité. Effectivement, la dimension fraternelle à l'égard de la personne malade est de plus en plus écartée, mise aux oubliettes par manque de temps, mais de plus en plus par manque d'argent, les budgets n'étant attribués qu'en fonction du corporel, du palpable, du visible. Les côtés fraternel et spirituel n'étant pas budgetés, ils sont biffés de nos priorités humaines et sociales¹⁰. Nous rayons ainsi, du champ hospitalier, une partie de la personne humaine, une partie de sa dignité.

Un second point, que ma recherche m'aura également permis de constater, c'est qu'à l'hôpital, le malade remet rarement en cause la compétence du médecin. Toutefois, le malade lui reproche son manque de disponibilité, de psychologie et de communication. Cela, je l'ai personnellement vécu¹¹ et je puis ainsi confirmer la véracité de ces dires.

Aujourd'hui, ce que le malade souhaite par-dessus tout, c'est que les équipes de soins soient attentives à sa personnalité, à son contexte de vie. La personne malade réclame une individualisation des soins et rejette l'anonymat des structures hospitalières traditionnelles. Le malade demande à être considéré comme une personne à part entière, avec sa propre histoire, son contexte familial et social. Il demande à être traité dans ce qu'il est (un être humain à part entière) et non seulement dans ce qu'il a (une perte de santé). C'est ainsi, qu'en 1981, René

⁹Mgr Adolphe Proulx, *Une voix pour les sans-voix*, Ottawa, Novalis, 1987, p. 42.

¹⁰Sauf, comme précédemment mentionné, dans nos départements de soins palliatifs.

¹¹J'ai été hospitalisé du 10 au 18 septembre 1996. Revoir mon récit en 3.3 de la page 97.

Latourelle écrivait ceci :

“Notre esprit, toujours prompt à se divertir, à oublier, réduit facilement la maladie à un phénomène épisodique, de courte durée... En somme, une mauvaise «passe» qui finira bien par «passer». Le fait que les administrations d’hôpitaux s’appliquent à abréger de plus en plus les séjours en cliniques, même après de grave intervention... favorise encore cette impression. On passe à l’hôpital, on en sort, ou... on en meurt. On en vient à oublier le cas innombrable de tous ceux pour qui la maladie est devenue un état de vie qui modifie profondément leur être et leur comportement.”¹²

Ce texte, quoique très actuel, a été écrit bien avant qu’il soit question de réorganisation, de restriction, de coupure et de virage ambulatoire dans nos hôpitaux. Déjà, à cette époque, son auteur pressentait un malaise parmi les personnes malades. Déjà, il percevait un manque flagrant en ce qui concerne la relation d’aide en milieu hospitalier. Et aujourd’hui, dans tout ce chambardement administratif que vivent nos hôpitaux, le malade ne s’y retrouve plus et le personnel, quant à lui, ne sait pas ce qui adviendra de lui. C’est l’état de crise qui couve dans tout notre système de santé.

La personne, qui doit être hospitalisée, voit son univers chambardé. Ses rapports au monde, à son entourage, même son comportement changent en une fraction de seconde. Elle passe de la sécurité de son environnement familial à l’insécurité du milieu hospitalier qui lui est inconnu. Mais c’est surtout au niveau de la communication, que la vie de la personne hospitalisée est la plus modifiée. De ce fait, le malade devient un isolé, une personne que l’on visite et à qui l’on ne sait pas trop quoi dire. Le malade a donc un grand besoin de réconfort, de soutien, de présence et de chaleur humaine. Ainsi, le seul service qui puisse vraiment aider,

¹²René Latourelle, *L’homme et ses problèmes dans la lumière du Christ*, (Recherches 26 théologie), Paris/Montréal, Desclée/Bellarmin, 1981, p. 323.

être à l'écoute et compatir avec le malade, dans cet univers devenu impersonnel par la force des choses et le contexte économique, c'est l'aumônier et son Service de pastorale, présence officielle et visible de l'Église, corps du Christ¹³.

Mes années d'accompagnement et ma présente recherche m'ont également permis de me rendre compte que la personne malade et/ou le mourant, même s'il ne pratique plus depuis longtemps, même s'il se dit plus ou moins croyant, rendu à cette étape cruciale de sa vie, fait un retour à ses besoins primordiaux. Il a besoin de se sentir encore vivant, dans une communauté d'appartenance tant humaine que spirituelle. Ce que le malade désire par dessus tout, c'est d'être entouré des siens et de vivre pleinement sa vie ou du moins ce qui lui en reste. De plus, son besoin de spiritualité reprend sa place dans sa vie. Il fait une ouverture au divin et c'est ici que l'aumônier et son Service de pastorale ont un rôle de premier plan à jouer auprès des personnes malades. Ce rôle en est un de lien entre la personne malade et la communauté des croyants, entre le malade et les autres membres constituant l'Église, Corps du Christ¹⁴.

7.2-Le Service de pastorale et l'accompagnement

Ce qui me frappe toujours, comme diacre permanent, en entrant dans la chambre d'un malade¹⁵, c'est de voir l'ouverture qui m'est faite, tant de la part du malade lui-même que de sa famille. Ce qui vient me confirmer, encore une autre fois, la présence d'un besoin à combler chez la personne hospitalisée et sa famille. Il y a le respect de la fonction, de ce que nous

¹³Rm 12,5 : «Ainsi, à plusieurs, nous sommes un seul corps en Christ» ; 1 Co 6,15 : «Ne savez-vous pas que vos corps sont les membres du Christ» ; Col 1,18 : «et il est, Lui, la tête du corps, qui est l'Église» ; Ep 1,23 : «Pour tête à l'Église qui est son corps».

¹⁴Idem.

¹⁵Tant au Centre Hospitalier de Métabetchouan qui est un centre de soins prolongés, qu'à l'Hôtel-Dieu d'Alma centre de médecine générale.

représentons¹⁶, mais il y a aussi le fait que ces personnes savent très bien qu'elles peuvent nous parler, s'ouvrir à nous, se confier et surtout que nous avons du temps à leur offrir, que nous pouvons parler de tout autre chose que de maladies et de traitements avec eux. Cet état de fait se vit plus spécialement au Centre hospitalier de Métabetchouan où longue durée devient souvent synonyme d'oubli, d'abandon.

À l'exception des aumôniers, tous les membres du Service de pastorale sont des chrétiens engagés et bénévoles, qui sont impliqués dans ce service d'Église. Cependant, pour avoir assisté et participé à plusieurs réunions du Service de pastorale, tant du Centre hospitalier de Métabetchouan que de l'Hôtel-Dieu d'Alma, je dois admettre qu'il y aurait beaucoup à faire pour devenir un vrai service, qui ferait véritablement grandir la vie chrétienne en milieu hospitalier.

Tant à l'Hôtel-Dieu d'Alma qu'au Centre hospitalier de Métabetchouan, ces réunions tournent toujours autour de la préparation des célébrations eucharistiques et de la distribution de la communion. Personnellement, je considère que l'on ne va pas assez loin dans l'énoncé d'une politique ou d'une façon de faire, qui permettrait au Service de pastorale d'être plus présent, plus près de la personne souffrante elle-même. Ces comités, ces services sont beaucoup trop liturgiques et sacramentels, pour ne pas dire exclusivement liturgiques et sacramentels. Je ne veux pas dire par-là que la célébration de l'eucharistie ne soit pas importante et nécessaire à la vie de foi de la personne hospitalisée, mais c'est l'infime minorité des malades qui assistent à ces célébrations, et les autres, tous les autres, sont négligés.

Dans cette optique, l'intervention du Service de pastorale, sa raison d'être auprès du malade se devra d'être révisée. Distribuer la communion à la personne malade, c'est bien et même très bien. C'est déjà un service d'Église qui se doit d'être poursuivi. Mais cela se devrait

¹⁶Aumôniers, diacres permanents, agents-tes de pastorale et bénévoles du Service de Pastorale.

d'aller encore plus loin, surtout à Métabetchouan où l'hôpital devient, pour le malade, son lieu de résidence permanente, sa nouvelle communauté d'appartenance. Lorsqu'un membre du Service de pastorale, se présente au malade et lui offre la communion, ce dernier est heureux de recevoir le Corps du Christ, mais il attend bien souvent plus que cela. La visite est trop courte, la visite ne nourrit pas. Ce que le malade apprécierait davantage, ce serait de parler avec cette personne qui se présente à elle au nom de la communauté chrétienne, de l'Église et du Seigneur, de s'ouvrir à elle, de prier avec elle. Ce qui, dans bien des cas, conduirait à la "guérison de l'être intérieur", comme nous le dit si bien le docteur Philippe Madre :

"La guérison intérieure, plusieurs Pères de l'Église, employant ce terme, nous montrent combien le Seigneur peut oindre, pacifier, «niveler» l'être intérieur de l'homme, y dénouer les tensions, y porter la réconciliation. Bien que la notion de psychisme soit récente dans l'histoire de l'humanité, ces Pères constataient déjà la puissante action thérapeutique du Christ dans le cœur même des inquiets, des tourmentés, des malades.

La guérison intérieure est souvent opposée à la guérison physique... Combien de guérisons intérieures opérées par la grâce ont été prolongées d'une guérison physique... ? À l'inverse, quel soulagement clinique n'est-il pas appelé à recevoir une grâce plus profonde, plus intérieure... ? Les deux domaines sont intimement liés... Le plus fondamental de ces principes est celui-ci : toute guérison, qu'elle soit intérieure ou physique, est en relation directe avec le royaume de Dieu à venir, et son annonce."¹⁷

Ce texte du Dr. Madre nous aide à bien voir et comprendre la nécessité d'un Service de pastorale axé sur la guérison intérieure de la personne. Effectivement, le malade, qui est

¹⁷Docteur Philippe Madre, *Mystère d'amour et ministère de guérison*, Paris, Pneumathèque, 1982, p.171-172.

couché sur son lit d'hôpital et qui a pour seul horizon les murs blancs de sa chambre, dispose de tout son temps pour penser, se révolter, repenser sa vie, méditer et prier. Si c'est aux services médicaux qu'appartient la responsabilité de la guérison physique et d'offrir tout le support médical nécessaire pour y parvenir, c'est au Service de pastorale que revient la responsabilité d'offrir un support spirituel complet, ainsi que l'accompagnement nécessaire, dont pourrait avoir besoin la personne hospitalisée, étant donné que même si le personnel soignant est chrétien, il a avant tout à offrir un "service médical" de qualité.

À cette fin, nous avons à être, en tant que Service d'Église, la main de Jésus se posant tendrement sur la personne souffrante, le regard de Jésus visitant les malades, le bon Samaritain se penchant et relevant la personne en retrait du "chemin de la santé". Tout cela, dans une immense douceur et une grande compassion, à l'exemple du Seigneur. Comme service d'Église, nous avons à guérir par l'amour¹⁸, tout comme l'a fait Jésus-Christ durant son passage parmi nous. C'est ainsi que, pour la personne hospitalisée, le lieu privilégié pour rencontrer Dieu, comme le dit Christian Bouchard, «c'est dans la rencontre du prochain»¹⁹. C'est l'actualisation de la parabole du "bon Samaritain", que les membres du Service de pastorale se doivent de prioriser dans leurs démarches auprès de la personne hospitalisée.

Le côté sacramentel, quant à lui, ne viendra (ne devrait venir) qu'en complémentarité, une fois le contact, le lien établi avec celui ou celle que l'on visite, étant donné que bon nombre de ces personnes hospitalisées ne pratiquent plus ou très peu. Ce dont la personne malade a le plus de besoin, c'est de savoir que des gens compétents peuvent venir l'écouter, l'éclairer, l'aider à se situer, à se repositionner, dans une relation enrichissante avec un Dieu d'amour, un Dieu de compassion. Un accompagnement pastoral, qui serait bien structuré et

¹⁸Jn. 13,35 : «à ceci tous vous reconnaîtront pour mes disciples : à l'amour que vous aurez les uns pour les autres.»

¹⁹Christian Bouchard, *La présence chrétienne en milieu psychiatrique, l'espace d'une communication*, Université de Montréal, mémoire de maîtrise en théologie-études pastorales, juin 1988, p. 157.

soutenu, aiderait grandement un bon nombre de malades à démystifier l'image d'un "Dieu punisseur" ou encore d'un "Dieu indifférent" à leur souffrance, à leur maladie. Ainsi, cette façon de faire, d'approcher le malade, viendrait soutenir la nouvelle évangélisation dont fait mention l'Assemblée des évêques du Québec, dans son document «Risquer l'avenir»²⁰.

De plus, le Service de pastorale de l'Hôtel-Dieu d'Alma se devra d'apprendre à vivre dans un contexte de déstructuration, avec le virage ambulatoire et la chirurgie d'un jour. Une façon originale d'approcher cette nouvelle catégorie de malade (hospitalisation d'un jour) se devra d'être trouvée et mise en oeuvre. Dans quatre ou cinq ans, une fois la réforme Rochon bien installée, le malade ne sera de passage en milieu hospitalier que pour une très courte période, soit moins d'un jour, pour plus de 80% des patients²¹, alors que le système d'accompagnement est basé sur le long terme. Que sera alors le Service de pastorale ? Sera-t-il encore un service offert aux malades ? Ce sont des questions de ce genre qui devront être étudiées de près, afin d'y apporter les correctifs nécessaires et prendre nous aussi le virage, afin d'accompagner la personne malade tant à l'hôpital qu'à son domicile par la suite. Cette nouvelle orientation devra nécessairement impliquer les paroisses environnantes ainsi que la Zone pastorale du dit lieu auprès des personnes malades.

7.3-L'accompagnement pastoral du malade, à la Zone de l'Est-du-Lac

Ce chapitre aura permis, dans un premier temps, de faire le point sur la situation actuelle du malade (6.1), ainsi que sur le Service de pastorale en milieu hospitalier (6.2). Dans le présent point, je tenterai de faire de même à l'égard de l'ensemble de la communauté chrétienne environnant nos deux centres hospitaliers, soit la Zone pastorale de l'Est du Lac et

²⁰Comité de recherche de l'assemblée des évêques du Québec, *Risquer l'avenir - bilan d'enquête et prospectives*, Montréal, Fides, 1992, voir tout spécialement en p. 51 : «La présence évangélisatrice dans le milieu».

²¹«L'ère ambulatoire», in *Inter-Action*, journal d'information du ministère de la santé et des services sociaux, volume 1 / numéro 3, printemps 1995, p. 1.

ses paroisses.

“La sensibilisation de la communauté chrétienne, comme celle de la communauté humaine, ne peut être l’affaire d’un seul individu”²², de même qu’elle ne peut l’être sous la responsabilité d’un seul service, entre autres le Service de pastorale d’un centre hospitalier. L’intervention personnelle ne pouvant être que très limitée, c’est pourquoi l’ensemble de la communauté chrétienne se devra d’être sensibilisée au fait de la personne hospitalisée. Cette sensibilisation permettra ainsi, à chaque communauté paroissiale environnant un centre hospitalier, de découvrir son “obligation”, voire son “devoir” à s’impliquer dans le soutien et l’accompagnement pastoral de ses malades, tant au domicile de ces derniers qu’à l’hôpital, en coordination “avec” l’aumônier du centre.

7.3.1-L’implication communautaire à la Zone de l’Est du Lac

Il ne s’agit pas d’avoir la présence de l’aumônier d’un centre hospitalier, lors des rencontres de la Zone, pour que cette dernière ait la conscience tranquille face à son agir envers les personnes malades. Au contraire, il serait important d’amener chacune de nos communautés paroissiales, composant le Conseil de Zone de l’Est du Lac, à se pencher sur le sujet et par la suite de mettre sur pied un “service des malades”, en collaboration, en “co-responsabilité”²³ avec l’aumônier(s), qui verrait(ent) à établir des liens entre les membres hospitalisés et la communauté chrétienne. Il y a donc beaucoup à faire pour que l’ensemble de notre communauté de la Zone de l’Est du Lac ne devienne véritablement “bon Samaritain”, prochain

²²Christian Bouchard, *La présence chrétienne en milieu psychiatrique, l’espace d’une communication*, Université de Montréal, mémoire de maîtrise en théologie-études pastorales, juin 1988, p. 147.

²³Jean-Paul II, *Les fidèles laïcs* (collection : l’Église aux quatre vents), Montréal, Fides, 1989, p. 34 : «En vertu de cette dignité baptismale commune, le fidèle laïc est co-responsable, avec tous les ministres ordonnés et avec les religieux et les religieuses, de la mission de l’Église».

actif auprès de l'autre, au niveau communautaire.

De façon plus ou moins régulière²⁴, une rencontre au niveau de la Zone de l'Est du Lac a lieu où prêtres, diacres permanents, agents de pastorale laïcs-ques se réunissent pour partager sur divers sujets²⁵ pouvant rejoindre (plus ou moins) la vie de l'ensemble de la communauté chrétienne de la dite Zone. Une fois par année, il y est question du milieu hospitalier, sous la forme d'un exposé ou d'un compte rendu de la part d'un des aumôniers. De ces rencontres, il ne reste pas grand chose. En d'autres mots, rien pour amener les participants à s'impliquer davantage dans ce service d'Église. Plusieurs participants vont même jusqu'à affirmer que ce genre de rencontres ne donne absolument rien, si ce n'est au niveau social, pour les participants. De plus, ces rencontres se tenant de jour et sur semaine, cela empêche les diacres permanents et plusieurs agents de pastorale d'y prendre part activement, d'y apporter leurs supports.

En bout de ligne, ce qui ressort de ce genre de rencontres, ce sont des vœux pieux, qui finalement n'aboutissent à rien, tantôt dû à un manque d'intérêt et de suivi, tantôt à un manque de volonté à vouloir s'impliquer en tant que communauté. L'on prend position, dans une perspective institutionnelle, face au chômage, aux grands sujets d'actualité sociale²⁶ (élection, référendum, marche de la paix, armement, logement, travail...). Mais quand pourrions-nous, en tant que communauté de la Zone de l'Est du Lac, prendre position, se fixer un ou des objectifs, se donner une politique d'ensemble pour venir appuyer, voire renforcer le travail et l'action de nos aumôniers et de leur Service de pastorale auprès de nos frères et soeurs hospitalisés ?

²⁴Ces réunions ont lieux plus ou moins aux six à huit semaines et n'ont qu'une durée de deux heures.

²⁵Sujet de fond de la réunion du 22 octobre 96 : «Animation pastorale au secondaire». Sujet de fond de la réunion du 17 décembre 96 : «Nos petites victoires personnelles».

²⁶Voir *La justice sociale comme bonne nouvelle*, de l'Assemblée des évêques du Québec, Montréal, Bellarmin, 1984.

Autrement formulé, est-il possible de faire plus que ce qui se fait déjà ?

Personnellement, je crois fermement que "*l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*" est un sujet majeur sur lequel il devient de plus en plus urgent que l'ensemble de la Zone se penche et prenne une position qui puisse déboucher sur du concret, sur du palpable, étant donné tous ces chambardements que vivent actuellement nos centres hospitaliers, mais également dû au fait «où la multitude de personnes atteignant la vieillesse multiplie du fait même les malades en puissance»²⁷.

La pastorale des malades, autrement dit «l'ensemble des actions accomplies par les chrétiens et par l'Église auprès de ces membres souffrants», se doit d'être réactivée dans l'ensemble de la communauté. Ainsi, comme le dit le père Sicard :

«Un effort pastoral serait à engager pour apprendre à la communauté chrétienne, aux laïcs plus encore qu'aux prêtres et aux diacres insuffisamment nombreux, à exercer l'aide aux mourants (et aux malades) et l'accompagnement qui leur est nécessaire. À cette fin, l'Église se doit d'entreprendre une immense tâche d'évangélisation»²⁸.

Le père Sicard écrivait cela en 1980. Il aura fallu attendre la fin de 1992, pour que l'Assemblée des évêques du Québec, avec son document «Risquer l'avenir», en vienne à la même conclusion, notamment que «nous nous devons de rééduquer à la foi et de ré-évangéliser

²⁷Dans vos assemblées (*manuel de pastorale liturgique*), sous la direction de J. Gelineau, Paris, Desclée, 1989, volume 2, p. 624.

²⁸Damien Sicard, «La mort du chrétien et sa communauté», in *La Maison-Dieu*, no 144, 1980, p. 59-64.

l'ensemble de nos communautés, de nous redonner une identité chrétienne»²⁹. Ainsi, au niveau de la Zone, plusieurs rencontres ont été retenues pour discuter de ce document mais sans rien donner de concret ni de suite. Ce document est finalement devenu lettre morte. Je me permets ici de citer le passage suivant du document «Risquer l'avenir» :

«...la plupart d'entre elles (les communautés) ont négligé l'éducation de la foi des adultes et l'évangélisation entendue dans un sens large. Ceci frappe d'autant plus que le contexte socio-culturel actuel, marqué profondément par la sécularisation, rend plus nécessaire le souci de la foi et de l'évangélisation. Quand la majorité des membres d'une communauté chrétienne n'arrivent pas à se dire entre eux leur foi et encore moins à la proposer à ceux qui en sont loin, il y a une incohérence quelque part.»³⁰

Ce diagnostic, qui est ainsi fait sur l'ensemble de nos communautés chrétiennes, se répercute obligatoirement dans la présence visible et active de ces dernières auprès de nos membres hospitalisés. Il y a donc, ne nous le cachons pas, un manque flagrant de volonté pour une implication communautaire. Tant et aussi longtemps qu'il n'y aura pas une volonté commune au niveau des intervenants de la Zone (Prêtres, diacres, agents de pastorale, comités multiples), nous ne pourrons espérer que l'ensemble des chrétiens n'en viennent à une implication active auprès de nos malades, de leurs malades.

²⁹Voir également «*Voies d'avenir - résumé de la recherche*», Montréal, Éditions Fides, 1992, p. 13 : l'éducation de la foi ; p. 14-15 : l'évangélisation.

³⁰Comité de recherche de l'Assemblée des évêques du Québec sur les communautés chrétiennes locales, *Risquer l'avenir : bilan d'enquête et prospectives*, Montréal, Fides, 1992, p. 57.

7.3.2-Au niveau des paroisses de la Zone de l'Est du Lac

Je sais fort bien que la raison d'être d'un centre hospitalier est avant tout un lieu où l'on soigne et l'on traite tel ou tel problème de santé. Je sais également que la mission première de son personnel est avant tout de mettre en oeuvre tout ce qui est possible de faire, en lien avec les équipements disponibles. Je sais pareillement que tout cela, du temps des religieuses, était fait avec les moyens du temps. Aujourd'hui, ce qui disparaît graduellement, c'est la relation humaine, le lien spirituel avec la communauté d'appartenance (la paroisse) de la personne hospitalisée.

Toutefois, dans nos paroisses de la Zone Pastorale de l'Est-du-Lac (Saint-Jean), il existe un certain nombre de "*comités des malades*", formés de dames bénévoles³¹. Ces dernières sont bien intentionnées et les malades qu'elles visitent en sont grandement reconnaissants. Malgré cela, une fois la personne malade hospitalisée, ce service devient manquant. Il serait à souhaiter que nos communautés paroissiales en viennent à mettre sur pied des petits groupes de personnes, qui pourraient visiter, encourager, soutenir et reconforter leurs membres hospitalisés. De cette façon, ces membres de la communauté chrétienne pourraient venir porter main-forte au Service de pastorale de nos deux centres hospitaliers.

Je me rappelle d'un homme âgé, les deux jambes coupées, qui était en soins prolongés au Centre hospitalier de Métabetchouan et qui me disait :

“Vous savez, ce qui me manque le plus ici, ce ne sont pas mes jambes. Je les ai donnés au Bon Dieu. Ce qui me manque, c'est la présence des miens. C'est la visite de ma famille et de mes amis. De

³¹À Saint-Gédéon, par exemple, ce comité se nomme «Le réconfort au foyer». Ces membres (10 dames âgées) visitent les malades de la paroisse à leur domicile et, une fois par mois, rendent visite aux paroissiens-nes qui sont en soins de longue durée au Centre hospitalier de Métabetchouan.

plus, ils espacent de plus en plus leur visite. C'est cela qui me manque et cela me fait mal."

Cet homme, ressemble à la personne abandonnée³² sur le bord du chemin de la parabole de saint Luc³³. Il a besoin de "soins", c'est-à-dire de la présence des membres de sa famille, de leur réconfort, de leur chaleur³⁴. Cependant, ces derniers, en espaçant leur visite, en ne prenant plus de leur temps pour ce membre de leur famille, sont devenus ou deviennent à leur tour le prêtre ou le lévite dont il est question dans le récit du bon Samaritain. Ils passent mais sans s'arrêter, c'est-à-dire sans vraiment donner l'amour dont a besoin ce père, ce grand-père de la part des siens. C'est ici que pourraient intervenir ces petits groupes paroissiaux, ou que pourrait s'effectuer l'articulation du communautaire et de l'institutionnel en visitant ces personnes malades en manque d'amour et d'espérance. Ces groupes deviendraient ainsi autant de "bon Samaritain" auprès de ces personnes en retrait de notre société des bien portants.

Pour ce qui est de nos pasteurs, la grande majorité se font vieux. Ils ont déjà donné beaucoup de leur personne et de leur temps aux malades des communautés paroissiales dont ils ont eu la responsabilité. Ils pourraient cependant motiver, inciter des membres de la communauté à mettre sur pieds de petits groupes, de petits noyaux d'intervenants, qui pourraient avoir pour mandat paroissial la visite et l'accompagnement des malades, tant au niveau de la paroisse qu'en centre hospitalier. Cette façon de faire amènerait possiblement un grand nombre de baptisés-ées à s'impliquer pastoralement auprès des membres malades de la communauté.

³²Charles E. Kemp, in *"Le malade en fin de vie, Guide de soins palliatifs"*, Paris/Bruxelles, De Boeck & Larcier, 1997, en page 28 va dans le même sens : "Même s'il est accompagné, chacun, à un moment ou l'autre de ce cheminement, se sent extrêmement seul".

³³En référence à : Luc 10,29-37 ainsi qu'au point 1 du chapitre 5 du présent ouvrage.

³⁴On retrouve ce sentiment ancien et universel, de l'isolement face à la mort dans la Bible, et en particulier dans le cri du Christ lorsqu'il meurt : *"Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi m'as-tu abandonné ? (Psaume 22,2 ; Marc 15, 34)"*.

Cette orientation pastorale irait ainsi dans la même ligne de pensée que celle exprimée par S.S. Jean-Paul II, dans son exhortation apostolique *Christifideles Laici*, sur la vocation et la mission des laïcs dans l'Église et dans le monde. Au point vingt-trois (23) du dit ouvrage, où il y est question des ministères, offices et fonctions des laïcs, il dit ceci :

“La mission salvifique de l'Église dans le monde est réalisée non seulement par les ministres qui ont reçu le sacrement de l'Ordre, mais aussi par tous les fidèles laïcs : ceux-ci, en effet, en vertu de leur condition de baptisés et de leur vocation spécifique, participent, dans la mesure propre à chacun, à la fonction sacerdotale, prophétique et royale du Christ.

Les pasteurs, en conséquence, doivent reconnaître et promouvoir les ministères, les offices et les fonctions des fidèles laïcs, offices et fonctions qui ont leur fondement sacramentel dans le Baptême, dans la Confirmation, et de plus, pour beaucoup d'entre eux, dans le Mariage.

En outre, lorsque la nécessité ou l'utilité de l'Église l'exigent, les pasteurs peuvent, selon les normes établies par le droit universel, confier aux fidèles laïcs certaines fonctions ...³⁵.”

C'est ainsi que la fonction “*d'accompagnement pastoral de la personne malade*” pourrait être confiée, par le pasteur de chaque communauté, à des chrétiens engagés et encouragés par eux dans cette tâche pastorale.

«Les communautés locales, à leur niveau et avec leurs ressources, ont elles aussi à assumer cette responsabilité»³⁶ de la présence évangélisatrice auprès des membres de leur

³⁵Jean-Paul II, *Les fidèles laïcs* (collection l'Église aux quatre vents), Montréal, Éditions Fides, 1989, p. 59.

³⁶Comité de recherche de l'Assemblée des évêques du Québec sur les communautés chrétiennes locales, *Risquer l'avenir : bilan d'enquête et perspectives*, (collection l'Église aux

communauté, qui, pour une période indéterminée, se doivent de séjourner en milieu hospitalier. La communauté chrétienne ne se doit plus de compter exclusivement sur le pasteur qui lui est désigné pour progresser³⁷.

«C'est ainsi que les communautés chrétiennes locales devront prendre de nouveaux tournants. Pour avoir prise sur leur devenir, elles auront à opter pour des voies nouvelles³⁸, des voies où chaque membre y aura une place, un rôle à jouer. Finalement, l'accompagnement pastoral de la personne malade, tant à domicile qu'en milieu hospitalier, est ou devrait se situer dans une prise en charge communautaire³⁹, où chaque chrétien se doit d'être préoccupé du devenir de tous les membres formant la grande communauté des croyants en Jésus-Christ.

Il y a beaucoup à faire pour en arriver là, mais si toutes les communautés paroissiales de la Zone de l'Est du Lac s'en donnaient la peine, nous en cueillerions rapidement de beaux fruits, car dans *l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*, bien souvent nous en venons à rejoindre des frères et des soeurs qui s'étaient éloignés de l'Église⁴⁰ depuis plusieurs années.

quatre vents), Montréal, Fides, 1992, p. 51.

³⁷Voir à cet effet le document : *«Bâtir ensemble... Collaborer pour l'avenir»*, du Diocèse de Chicoutimi, 1993, document mis à la disposition des communautés paroissiales pour les soutenir dans une démarche de prise en charge communautaire.

³⁸Ibidem à la note 36, voir p. 151 du volume.

³⁹Voir la note 37.

⁴⁰Référence est faite ici du récit de monsieur X et de son épouse, au point 3.1, page 94.

7.3.3-Le diacre permanent⁴¹ versus la personne malade.

Dans plusieurs de nos paroisses, il y a un ministère, celui du diacre permanent⁴², qui se met en place graduellement mais qui n'est pas à dédaigner dans l'accompagnement pastoral des personnes malades. À la Zone de l'Est du Lac⁴³, il y a actuellement quatre diacres permanents, qui ont pour mandat pastoral spécifique la visite, le soutien, le réconfort et l'accompagnement des personnes malades, sous différentes formes et en lien avec leur charisme respectif.

Ces derniers, de par leurs actions auprès de la personne malade, sont de véritables rassembleurs, voire des motivateurs pour les personnes les entourant. C'est ainsi qu'ils ont su s'entourer de personnes bénévoles qui viennent les aider dans leur ministère, en accompagnant elles aussi des personnes malades, allant jusqu'à les visiter en milieu hospitalier. C'est donc une avenue nouvelle qui s'ouvre pour "*l'accompagnement pastoral des malades en milieu hospitalier*".

Le diacre permanent ouvre donc des avenues nouvelles dans la façon même d'accompagner pastoralement la personne malade et ses proches. Ce sont de véritables intervenants pastoraux, mandatés par l'évêque du diocèse, au service des membres de la communauté. Pour bien décrire ce service d'Église, je me permets de citer un passage de Michel Cancouët et Bernard Violle à ce sujet :

⁴¹Pour en savoir plus sur les diacres permanents, je vous invite à vous référer aux volumes suivants : Roch Pagé, *Diaconat permanent et diversité des ministères*, Montréal, Éditions Paulines, 1988 ; Hubert Renard, *Diaconat et solidarité*, Paris, Editions Salvator, 1990 ; Michel Cancouët - Bernard Violle, *Les diacres*, Paris, Desclée, 1990.

⁴²Le Diocèse de Chicoutimi, compte actuellement 34 diacres permanents. Pour plus de renseignements sur ces derniers, je vous invite à consulter : *Les diacres permanents au diocèse de Chicoutimi 1978-1995*, par Georges Tremblay, Chicoutimi, Georges Tremblay éditeur, 1996.

⁴³La Zone de l'Est du Lac, compte actuellement 8 diacres permanents.

“Quand un diacre participe aux joies et aux souffrances d’un pauvre (d’un malade), le visite et l’aime effectivement, c’est Jésus qui, à travers cet amour, participe à l’existence de cet homme, le visite et l’aime. Peu importe que cet homme soit chrétien ou ne le soit pas, peu importe qu’il ait ou n’ait pas conscience de celui qui entre amoureusement en relation avec lui : la rencontre est aussi réelle que celles que l’on pouvait faire de Jésus dans les villages de Galilée.

Le diaconat est une chance donnée à l’Église pour qu’elle puisse, dans les circonstances historiques qui sont les nôtres, remplir sa mission de salut et sa tâche auprès des plus pauvres (et des malades).”⁴⁴

À travers le mandat pastoral du diacre permanent, c’est donc une ouverture, une voie nouvelle que l’Église se donne pour remplir son rôle de “bon Samaritain” auprès de la personne malade. C’est un service d’Église qui vient donner un souffle nouveau, “au service de la marche de l’Église vers le XXI^e siècle”⁴⁵. Sachons donc leur donner toute latitude dans l’exercice de leur ministère. De plus, il serait intéressant, pour ne pas dire nécessaire, que les aumôniers de nos centres hospitaliers connaissent les diacres permanents ayant de tels mandats, afin de pouvoir ainsi travailler en étroite collaboration, en collégialité, pour le plus grand bien de la personne hospitalisée.

⁴⁴Michel Cancouët - Bernard Violle, *Les diacres*, Paris, Desclée, 1990, p. 70 et 132.

⁴⁵Ibidem, p. 132.

7.3.4-La formation

«Dieu n'a pas cessé de «consoler» ; après l'Ascension, cette mission se continue. Jésus n'a pas délaissé les gens dans la détresse. Il a confié cette responsabilité à son Église et ce sont maintenant les chrétiens, et particulièrement ceux qui exercent un ministère pastoral auprès de ceux qui souffrent, qui deviennent des témoins privilégiés de la tendresse de Dieu et de sa consolation.»⁴⁶

Mais pour ce faire, une formation adéquate est aujourd'hui nécessaire, même obligatoire, afin d'être capable de comprendre, d'aider, d'accompagner humainement en premier lieu puis, par la suite, spirituellement les personnes malades et/ou mourantes.

Dans les deux centres hospitaliers⁴⁷ dans lesquels j'ai réalisé ma recherche, ce point majeur qu'est la formation est ressorti tant du côté des intervenants pastoraux⁴⁸ que des accompagnants bénévoles, qui gravitent auprès des personnes malades et des mourants, aussi bien à domicile qu'en centre hospitalier.

Dans notre région⁴⁹, il n'y a actuellement aucun soutien structuré, que ce soit pour les intervenants mandatés par l'Église ou pour les bénévoles qui interviennent auprès des malades et des mourants. Il est évident que celui ou celle qui a le *charisme des malades* est avantagé

⁴⁶Robert Dagenais, «De la consolation à la relation d'aide», in *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale*, sous la direction de Robert Giguère, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 1993, p. 195.

⁴⁷Soit : le Centre hospitalier de Métabetchouan qui est un centre de soins de longue durée et l'Hôtel-Dieu d'Alma centre de médecine générale.

⁴⁸Comprendre ici : prêtres, diacres et agent-tes de pastorale mandatés par l'évêque du diocèse.

⁴⁹Du Saguenay-Lac-Saint-Jean (région 02).

par rapport à celui ou celle qui ne le possède pas. Toutefois, une formation adéquate serait quand même nécessaire, pour ne pas dire obligatoire, afin de bien comprendre ce qui habite la personne malade et intervenir adéquatement auprès de cette dernière. Comme le dit si bien le docteur Yves Quenneville :

“Ça m’incite à dire, avec un certain degré de certitude, qu’on ne peut pas faire de l’accompagnement juste par bonne volonté, juste par improvisation, juste par altruisme, immanent ou fondamental, et bien le faire, en permanence, sans encadrement, sans formation continue, et sans une certaine forme de soutien à l’intérieur d’une équipe... Oui ! Il faut de bonnes intentions pour faire ce qu’on fait là ! Mais qu’on apprenne à bien le faire.”⁵⁰

Les bonnes intentions ne sont donc pas suffisantes pour soutenir une présence pastorale active, un accompagnement de qualité auprès de nos personnes malades, sans qu’il y ait une formation de qualité pour toutes ces personnes qui se dévouent au nom de l’Église, au nom du Christ, en milieu hospitalier.

Les prêtres, qui reçoivent comme mandat *la charge pastorale d’un centre hospitalier*, se voient confrontés à un univers qu’ils ne connaissent pas ou très peu et auquel ils n’ont pas été préparés. Ils se doivent d’apprendre sur le tas et, bien souvent, sans soutien d’aucune sorte. Il serait donc important, pour ne pas dire urgent, de voir à la mise sur pied d’une formation adéquate, en collaboration avec un centre universitaire⁵¹. Cette formation pourrait être, par exemple, un certificat de second cycle sur *l’accompagnement pastoral en milieu hospitalier*,

⁵⁰Denis Savard (entrevue avec le docteur Yves Quenneville par...), «Au-delà des bonnes intentions - bilan provisoire du mouvement palliatif, revue *Frontières*, Montréal, UQAM, volume 5, numéro 3, hiver 1993, p. 15-16.

⁵¹Nous pourrions prendre en exemple, le programme de formation offert par l’UQAM : Diplôme de 2e cycle en études interdisciplinaires sur la mort et le deuil (30 crédits).

ou le stage en pastorale clinique déjà existant dans la banque de cours de l'Université de Montréal.

Ce certificat pourrait ainsi être offert aux personnes mandatées bien sûr, mais également aux infirmiers-ères qui, eux aussi, ont à accompagner les personnes qu'ils ont à soigner. N'oublions pas non plus toutes ces personnes qui donnent de leur temps pour visiter et accompagner nos malades, tant à domicile qu'en milieu hospitalier. En fait, c'est un outil que nous devrions nous donner, afin de parfaire la qualité de notre intervention pastorale.

De plus, des études américaines démontrent qu'un Service de pastorale de qualité en milieu de santé peut améliorer sensiblement la qualité des soins⁵². Ce service peut même aider à réduire de façon significative les coûts d'hospitalisation. Ces recherches montrent l'impact positif du facteur religieux et de la dimension spirituelle sur la santé et l'effet bénéfique des interventions pastorales, sur le plan thérapeutique. En utilisant mieux leur Service de pastorale, les centres hospitaliers se donnent un moyen de remplir plus efficacement leur mission. Donnons-nous donc une intervention pastorale efficace auprès de nos malades à travers une formation de qualité.

Il ne suffit pas de posséder des connaissances théologiques, d'avoir lu le volume d'Élisabeth Kübler-Ross⁵³ et d'appliquer ses cinq stades du mourir⁵⁴, pour être en mesure d'accompagner pastoralement la personne humaine en perte de santé. Cette dernière étant un être complexe, des connaissances psychologiques, sociologiques et de relations d'aide se

⁵²Tiré de l'article de Claude Fortin et Robert Dion, «En milieu de santé, les Services de pastorale sont plus utiles que l'on croit», in revue *Artère*, juin 1995, p. 6.

⁵³Élisabeth Kübler-Ross, *La mort - dernière étape de la croissance*, Montréal, Éditions Québec/Amérique, 1977, réimpression nov. 1993.

⁵⁴En référence aux «stades du mourir» que le Dr Kübler-Ross a décrits et formulés en détail dans son livre *On Death and Dying* : 1° la dénégation, 2° la rage et la colère, 3° le marchandage, 4° la dépression, 5° l'acceptation.

devraient d'être enseignées à "toute personne" accompagnant ou voulant accompagner la personne malade, incluant les accompagnants pastoraux.

Ainsi, si aujourd'hui, pour demeurer à la fine pointe, le travailleur se doit d'avoir une formation continue, il devrait en être de même pour les intervenants pastoraux⁵⁵ qui ont à

⁵⁵Je me permet de reproduire ici, une partie du texte de Serge Lee (Agent de pastorale, secrétaire-exécutif à la direction du Service de la pastorale du diocèse de Québec) intitulé : «Quand le bénévolat va, tout va !», paru dans *Prêtre et Pasteur*, juin 1997, p. 342-343 :

«Dans le monde en général, nul ne s'improvise musicien, charpentier, médecin, informaticien, etc. Il en va de la crédibilité de la personne à exercer son métier ou sa profession. À mon avis, il devrait en être de même pour tous ceux et celles qui répondent à l'engagement de leur baptême dans une organisation déterminée. Nous vivons dans une société où plus que jamais auparavant le professionnalisme est de rigueur. Nous savons toutes et tous que les personnes salariées ont reçu une formation appropriée pour exercer leur rôle en Église. Cette formation doit se poursuivre de façon continue si nous voulons être en mesure de répondre aux attentes des personnes d'aujourd'hui qui en manifestent le besoin. Un permanent ou une permanente qui oserait ne plus s'astreindre à des efforts pour suivre l'évolution des derniers courants de pensée deviendra vite dépassé par les événements. C'est la même réalité à laquelle sont confrontées les personnes bénévoles. Vouloir du bien aux membres de la communauté est un sentiment noble en soi mais pour que les actions posées soient profitables et les prises de parole considérées, il faut prévoir se donner des temps de formation qui correspondent aux champs d'activités propres où l'on choisit d'exercer ses talents. Une plus grande formation de part et d'autre aidera à une meilleure compréhension des problématiques, facilitera la recherche de moyens pour améliorer la situation à laquelle les personnes mandatées et les personnes bénévoles travaillent et conduira au respect mutuel des compétences de chaque personne.»

accompagner la personne malade en milieu hospitalier. Camil Ménard⁵⁶ va dans la même ligne de pensée, lorsqu'il affirme ceci :

“...Peut-on se permettre de confier l'animation spirituelle à des bénévoles pleins de bonne volonté, mais incompetents ? Des aveugles conduisant d'autres aveugles ? Je ne vous cache pas que l'avenir m'inquiète. L'Église du Moyen Âge a connu ce qu'il en coûte de confier la prédication et l'enseignement à des ignares. Une organisation qui ne donne pas la priorité à la formation de sa main-d'oeuvre est vouée à la catastrophe...”⁵⁷

Ainsi, les inquiétudes de M. Ménard pourraient très bien devenir les mêmes en ce qui concerne l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier, si nous ne réagissons pas rapidement.

7.3.5-Le sacrement des malades

Je ne voudrais pas terminer ce chapitre sans revenir quelque peu sur le sacrement des malades⁵⁸. Dans l'Église, à partir du huitième siècle, s'est opéré un tournant décisif dans la pastorale des malades. C'est à cette époque que débute le régime de la pénitence tarifée. Comme le régime pénitentiel préconisait des pénitences excessives, les gens en sont venus à reporter cette expérience pénitentielle le plus loin possible, allant jusqu'à attendre d'être à l'article de la mort.

Ainsi, l'importance de la pénitence, à l'article de la mort, est venue influencer la

⁵⁶Camil Ménard est directeur du Module de théologie, UQAC.

⁵⁷Camil Ménard, «Besoin d'animateurs qualifiés», in *En Église* (revue du Diocèse de Chicoutimi), Volume XXIV - numéro 1, 3 février 1997, p. 6.

⁵⁸Voir chapitre 6, au point 1.1 : La petite histoire d'un sacrement, en page 146.

désignation du ministre de l'onction des malades et le moment de le donner. On en vient ainsi à penser que le malade ne pouvait recevoir l'onction sans avoir confessé ses fautes. La hiérarchie de l'Église venait de monopoliser, d'avoir l'exclusivité d'un autre sacrement. Ainsi, de Trente à Vatican II, seul le prêtre pourra confesser, faire l'onction des malades qui est devenu l'extrême onction et donner la communion aux malades et personnes mourantes.

Aujourd'hui, après le concile de Vatican II, des changements ont eu lieu. L'extrême onction est redevenue le sacrement des malades et un laïc peut de nouveau porter et donner la communion aux malades. Cependant, ce dernier n'a toujours pas récupéré le droit⁵⁹ de faire l'onction des malades comme cela existait à l'origine de l'Église.

Vatican II disait apporter une bouffée d'air frais mais la hiérarchie se cramponne, ne cède pas de terrain, elle garde le contrôle sur tout. L'Église a de moins en moins de donneurs "brevetés" de sacrements. Elle discourt pourtant sur la responsabilité des laïcs⁶⁰ et de leurs implications dans la mission de l'Église auprès des démunis, des malades... Alors qu'attend-elle pour s'ouvrir au monde, aux laïcs, en "redonnant" à ces derniers, lesquels seraient préparés en conséquence, le plein pouvoir de donner l'onction des malades ?

⁵⁹Dans Michel Scouarnec, *Pour comprendre les sacrements*, Paris, Les Éditions Ouvrières, 1991. En page 173, nous pouvons lire : «Une fois bénite par l'évêque ou les prêtres, l'huile peut-être mise à la disposition du malade, qui l'utilisera lui-même comme médecine ou à qui elle sera appliquée par ceux qui le soignent... Il en a bien été ainsi dans les diverses Églises de l'antiquité». Voir également Raymond Vaillancourt, «Évolution historique», in *Liturgie, foi et culture*, vol.24, n°124, décembre 1990, p.12 : «Jusqu'au septième siècle, ...les communautés chrétiennes ont développé la pratique de l'onction des malades... À cette époque, on accordait une grande importance à la bénédiction par l'évêque de l'huile pour les malades. On en vint rapidement à préciser le rituel de ces bénédictions... De plus, au cours de cette période, tous les chrétiens ont le pouvoir de faire cette onction... L'onction peut être opérée de multiples façons, par diverses personnes, prêtres ou fidèles, par les malades eux-même, par leurs parents ou par leurs proches».

⁶⁰S.S. Jean-Paul II, *Les fidèles laïcs - Exhortation apostolique post-synodale Christifideles Laici*, Montréal, Fides, 1989, p.34 : «En vertu de cette dignité baptismale commune, le fidèle laïc est co-responsable, avec tous les ministres ordonnés et avec les religieux et les religieuses, de la mission de l'Église».

Qu'attend la hiérarchie cléricale pour aérer nos pratiques et faire de la place à des gens qui seraient mandatés, de façon toute spéciale, dans un service auprès des malades ? Nous payons des prêtres pour cela. Pourquoi pas des diacres, des religieuses, des agents de pastorale ou des chrétiens engagés auprès des personnes malades ? Attendons-nous qu'il n'y ait plus de prêtres, pour alors n'effectuer qu'un virage d'urgence ? Pour ne mettre, finalement, qu'un «plasteur» sur une plaie ? Dans nos centres hospitaliers, pourquoi les personnes qui accompagnent les malades et les mourants n'auraient-ils pas le droit de donner le sacrement du malade, qui aujourd'hui n'a plus de lien direct avec le sacrement de pénitence ? Pourquoi, le prêtre attend-il la limite extrême pour donner, voire offrir le sacrement "du malade" ? Pourquoi, ce sacrement ne serait-il pas proposé aux malades hospitalisés ? Pourquoi un évêque ne pourrait-il pas donner, à des laïcs, des diacres ou à des religieuses, une autorisation spéciale⁶¹ permettant ainsi, à ceux qui accompagnent les malades, d'administrer à ceux-ci le sacrement des malades ?

On nous dit que l'Église est lente à bouger et que cela lui a permis de "vivre" jusqu'à aujourd'hui. Mais moi, aujourd'hui, je me demande si elle ne serait pas plutôt endormie, dans un sommeil léthargique, suite à son manque d'exercice. Nous nous disons le "Corps du Christ" mais, un corps, pour garder sa forme, sa mouvance et sa santé, se doit de bouger, de respirer, sans quoi il dépérit et meurt. Posons-nous les questions suivantes : que sommes-nous actuellement à faire comme corps ? Risquons-nous l'avenir ou notre vie ? Les réponses sont urgentes.

7.3.6-En guise de conclusion

Encore aujourd'hui, à l'aube du troisième millénaire, nous avons la chance d'avoir des prêtres comme responsables de l'accompagnement pastoral dans nos centres hospitaliers, qui

⁶¹Comme c'est présentement le cas, dans certaines paroisses, où il y a des ministres extraordinaires du baptême, ministres extraordinaires de la communion.

plus est sont toujours rémunéré par l'État québécois. Cependant, l'accompagnement pastoral étant la responsabilité de tous les baptisés, il faut se réjouir de ce que tant de personnes visitent les membres de leur communauté qui, pour un temps, sont coupés de leurs racines, de leur appartenance communautaire en raison de problèmes de santé et qui se doivent de prendre le chemin de l'hôpital.

C'est cette responsabilité communautaire que Jésus lui-même nous a confié, en nous racontant le récit du bon Samaritain qui relève le souffrant, qui le confie aux soins d'une tierce personne, tout en promettant de revenir prendre de ces nouvelles, de le visiter. C'est ce qui constitue le début de l'accompagnement pastoral, enseigné par le Christ lui-même et qui est en soi, "sacrement de la rencontre de Dieu"⁶², lorsque nous le faisons dans l'esprit et la continuité du Christ.

Toutefois, certaines connaissances et façons de faire sont pour l'instant déficientes en ce qui concerne l'accompagnement pastoral dans nos hôpitaux. Si nous voulons garder une présence active auprès de nos malades, au cours des années à venir, nous devons nécessairement nous pencher sur la formation de l'ensemble de nos intervenants, pour ainsi offrir un service *d'accompagnement pastoral en milieu hospitalier* de qualité. Pour ce faire, nous devons nous donner les instruments de formation nécessaire, en collaboration avec un centre universitaire.

⁶²Edward Schillebeeckx, *Le Christ, sacrement de la rencontre de Dieu*, dans la collection Foi vivante, Paris, Cerf, 1960.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme de ce travail de recherche, je me sens comme un artiste devant sa toile et qui se demande si elle saura être appréciée, par ceux et celles qui la scruteront. Je sais pertinemment que ma recherche, mon mémoire de maîtrise, n'aura pas su répondre à toutes les questions qu'un tel sujet pose et se devait de poser. J'en suis pleinement conscient. Mais c'est une mise en marche. Si chacun et chacune de nous, chrétien et chrétienne s'y mettaient, n'auraient-on pas déjà des réponses à donner, des solutions à proposer et à apporter à bien des questions qui font toujours problèmes pour bien des personnes qui ont à vivre la maladie, la souffrance dans leur corps ?

Plusieurs me diront que c'est la peur de ne pas être à la hauteur, qui les empêche d'intervenir, de prendre position et d'agir. Mais alors, quand serons-nous à la hauteur, si jamais nous n'osons gravir l'échelle de l'expérience de l'accompagnement, "l'échelle des valeurs

humaines”¹... ?

Depuis près de deux mille ans, à l'exemple de Jésus-Christ et de son enseignement, l'Église, à la suite des apôtres², a toujours eu à coeur de se pencher sur la personne malade, de la soutenir et de l'accompagner sur le chemin de la guérison ou de la mort. En d'autres mots, elle a toujours su s'impliquer et prendre soin de ses membres souffrants³. C'est ainsi, qu'indépendamment des périodes de l'histoire, l'Église a toujours su se donner les outils nécessaires à cette tâche⁴. Aujourd'hui, avec la prise en charge par l'État de ces services, l'Église s'est vue réduire son rôle actif dans les soins hospitaliers, seul le côté spirituel, l'accompagnement pastoral de la personne malade, demeurant sous sa pleine responsabilité.

L'Église a toujours pris au sérieux cette mission toute spéciale, qui lui a été confiée par le Christ, d'apporter réconfort et espérance aux malades de la terre. Elle ne s'est jamais dérobée à cette aide pastorale. C'est ainsi qu'il s'est toujours trouvé des chrétiens et des chrétiennes pour prendre à leur compte l'attitude du «*bon Samaritain*», comme Jésus nous l'avait proposée. Cette mission, d'aide et de consolation, est encore aujourd'hui essentielle en milieu hospitalier. Elle y est toujours représentée par le Service de pastorale de chaque centre hospitalier, sous la conduite de son aumônier.

Toutefois, comme je le mentionne dans le chapitre sixième, des correctifs seraient à apporter, afin de renforcer voire accroître cette présence pastorale auprès de nos malades.

¹Martin Blais, *L'échelle des valeurs humaines*, Montréal, Fides, 1980.

²Le premier acte de Pierre et Jean au lendemain de la Pentecôte, n'est-il pas de guérir, «au nom de Jésus-Christ», l'infirmes de la Belle Porte ? (Ac 3 et 4).

³Jc 5,14 : «L'un de vous est-il malade ? Qu'il fasse appeler les anciens de l'Église...»

⁴Création des Hôtels-Dieu, de services ambulanciers, de communautés spécialisées dans le soin des malades, création d'école de nursing, d'université... (Référez-vous au point : 6.1.2-L'Église et les soins aux malades, pages 150 à 153).

Comme le dit si bien Simon Dufour :

“Fondamentalement, l’Église est une communion de personnes rassemblées dans la foi, une fraternité où se vit l’expérience d’aimer et d’être aimé par des personnes avec lesquelles se nouent des relations souvent plus profondes que les liens de la chair et du sang.”⁵

L’accompagnant pastoral a donc ce rôle important (lien communautaire) à jouer auprès du malade, puisque le lieu privilégié de la rencontre de Dieu se fait précisément dans la rencontre et l’amour du prochain. C’est ainsi que l’ensemble du personnel hospitalier, en plus de l’aumônier et de son Service de pastorale, deviennent autant d’acteurs privilégiés de la présence du Christ auprès du malade et d’accompagnants pastoraux, lorsque cette présence active est accomplie dans l’esprit même de l’Évangile.

C’est pourquoi, à ma question du début⁶, à savoir s’il se faisait toujours de *“l’accompagnement pastoral en milieu hospitalier”*, j’en suis venu à la conclusion qu’il y a toujours bel et bien de l’accompagnement pastoral qui se fait auprès de nos malades. Cependant, comme j’en ai parlé au chapitre précédent, deux points majeurs demanderaient des correctifs, dans les plus brefs délais : le premier concernant la formation des “accompagnants pastoraux” et le second, la coordination de l’ensemble des énergies déployées, pour accompagner de façon pastorale nos frères et sœurs malades qui se doivent de séjourner en milieu hospitalier, plus particulièrement ceux et celles devant demeurer en soins de longue durée.

Je voudrais également ajouter que *“l’accompagnement pastoral en milieu hospitalier”*,

⁵Simon Dufour, *Devenir libre dans le Christ*, Ste-Foy, Éditions Anne Sigier, 1987, p 214.

⁶Voir introduction en page 7.

reste pour l'instant une discipline à définir, ou plus exactement à redéfinir, dans le contexte de la réforme que vit actuellement notre système de santé au Québec. Je fais donc le voeu que nos responsables diocésains⁷ sauront se pencher sur ce point et prendre les décisions et orientations nécessaires, afin de demeurer présence active auprès de nos malades d'aujourd'hui et de demain, tout en se donnant les outils nécessaires à cette présence pastorale, contact vital entre le malade et le Christ présent au coeur de sa vie. Ma recherche m'aura également permis de constater que *l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier*, en plus d'être présent, est encore et toujours grandement apprécié, tant de la personne hospitalisée que de sa famille, raison pour lequel il se devrait d'être offert, voire proposé à tous.

En écrivant ces quelques dernières lignes, je ne puis m'empêcher de me demander si toute cette recherche, ces milliers d'heures que j'ai ainsi investies sauront être d'une utilité quelconque à ma communauté chrétienne. Saura-t-elle inspirer les instances décisionnelles et ainsi, les amener à réaménager voire construire un Service d'*accompagnement pastoral en milieu hospitalier*, à la hauteur des besoins et exigences du troisième millénaire qui frappe à notre porte ? Je termine mon travail de recherche, en cédant la parole à Mère Teresa qui, durant sa vie, aura su devenir «bonne Samaritaine» chez les plus démunis de l'Inde :

*“Le fruit du silence est la prière,
le fruit de la prière est la foi,
le fruit de la foi est l'amour.
Et le fruit de l'amour est le service des autres⁸.”*

Sachons donc cultiver en abondance les fruits qui nous permettrons d'être, chacun à notre façon, “*Bon Samaritain*” de notre prochain, tout spécialement celui qui est hospitalisé.

⁷Le Service des ministères et son service de formation pastorale.

⁸Lapierre, D., *Plus grands que l'amour*, Paris, Éditions Robert Laffont, 1990, p. 394.

BIBLIOGRAPHIE

N. B. Cette liste n'a aucune prétention d'exhaustivité. Elle ne retient que les ouvrages consultés et utilisés au cours de ma recherche, dans l'édition et la langue qui m'ont été accessibles.

AGUIRRE, L. P., *Tout commence par un cri*, Paris, Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, 1997.

ALBERTI, A., *Le message des évangiles*, Paris, Robert Laffont Éditeur, 1961, p 280-281.

ASSEMBLÉE DES ÉVÊQUES DU QUÉBEC, *La justice sociale comme bonne nouvelle*, Montréal, Bellarmin, 1984.

ASSEMBLÉE DES ÉVÊQUES DU QUÉBEC, *Risquer l'avenir, bilan d'enquête et prospectives*, Montréal, Éditions Fides, 1992.

ASSEMBLÉE DES ÉVÊQUES DU QUÉBEC, *Voies d'avenir, résumé de la recherche*, Montréal, Éditions Fides, 1992.

ASSOCIATION DES CATÉCHISTES ALLEMANDS, *Manuel de la foi*, Paris, Les Éditions du Cerf, 1989.

- BEAUVOIR, Simone de, «Une mort très douce», partie du texte reproduit dans *“Aujourd’hui la mort, les soins palliatifs”*, radio-documents, Montréal, Société Radio-Canada, émission du 15 mars, 1994, page 37.
- BÉGUERIE, P., DUCHESNEAU, C., *Pour vivre Les Sacrements*, Paris, Cerf, 1989.
- BERGER, L., MAILLOUX-POIRIER, D., *Personnes âgées, une approche globale*, Laval, Éditions Études Vivantes, 1989, p.19-59 et p. 501-538.
- BERGER, P., *La religion dans la conscience moderne*, Paris, Éditions du Centurion, 1971.
- BERNE, E., *Des jeux et des hommes*, Paris, Stok, 1964.
- BESSETTE, S., «Une présence auprès des mourants», in *Coup de pouce*, mars 1996, p.93-94.
- BIBLE CHRÉTIENNE, *tome II : Les quatres évangiles*, Ste-Foy, Anne Sigier, 1988.
- BIBLE CHRÉTIENNE, *tome II* : commentaires*, Ste-Foy, Anne Sigier, 1988.
- BIBLE (LA SAINTE...), sous la direction de Louis Pirot et de Albert Clamer, traduction et un commentaire exégétique et théologique, Paris, Letouzey et Ané, 1950.
- BLAIS, M., *L'échelle des valeurs humaines*, Montréal, Fides, 1980.
- BLAIS, M., *Une morale de la responsabilité*, Montréal, Fides, 1991.
- BOFF, L., *Jésus-Christ libérateur*, collection traditions chrétiennes no.9, Paris, Les éditions du Cerf, 1985.
- BOISMARD, M.-É, LAMOUILLE, A., *Synopse des quatre évangiles*, Paris, Les Éditions du Cerf, 1977.
- BOISVERT, C., «L’accompagnement des mourants à l’hôpital», in *L’infirmière du Québec*, mai/juin 1998, volume 5, numéro 5, p. 23-25.
- BOISVERT, M., «Quo vadis», in *Revue Frontières*, volume 5, numéro 3, hiver 1993, p.6-9.
- BOUCHARD, C., *La présence chrétienne en milieu psychiatrique : l’espace d’une communication*, Mémoire de maîtrise, UQAC, 1988.
- BOURGEOIS, H., *La mort, l’horizon du croyant*, Montréal, Novalis, 1988.
- BRUSCO, A., *Humanisation des milieux de santé*, Éditions Paulines, Montréal, 1984.
- CANCOUËT, M., VIOLLE, B., *Les diacres*, Paris, Desclée, 1990.
- CHALIFOUR, J., *La relation d’aide en soins infirmiers, une perspective holistique-humaniste*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1989.
- CHENU, B., *L’Église au coeur*, Paris, Le Centurion, 1982.
- CHRISTOPHE, P., *L’Église dans l’histoire des hommes**, des origines au quinzième siècle, Limoges, Droguet-Ardant, 1982.

- CHRISTOPHE, P., *L'Église dans l'histoire des hommes***, du quinzième siècle à nos jours, Limoges, Droguet-Ardant, 1983.
- COLLABORATION, *Les évangiles, traduction et commentaire*, Montréal, Bellarmin, 1986.
- COLLABORATION, « *J'étais malade et vous m'avez visité...* », Paris, Salvator Mulhouse, 1988.
- COLLABORATION, *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale*, Boucherville, Gaëtan Morin Édition, 1993.
- COLLECTIF, "La mort et l'au-delà", dans *Les dossiers de la Bible*, no.54, Septembre 1994.
- COLLECTIF, sous la direction de Michel Clévenot, *L'état des religions dans le monde*, Paris, La Découverte/Le Cerf/Boréal, 1987, p.383-388.
- COLLECTIF, *Initiation à la pratique de la théologie, tome IV, partie III, les lieux de la vie morale*, Paris, Cerf, 1982.
- COLLECTIF, "S'éduquer par la mort", *Frontières* (revue), Montréal, Université du Québec à Montréal, vol. 6, no. 1, printemps 1993.
- COLLECTIF, "Au bout de la vie, les soins palliatifs", *Frontières* (revue), Montréal, Université du Québec à Montréal, vol. 5, no. 3, hiver 1993.
- COLLECTIF, "La prolongation de la vie", *Frontières* (revue), Montréal, Université du Québec à Montréal, vol. 7, no. 2, automne 1994.
- COLLECTIF, "La souffrance en question", *Frontières* (revue), Montréal, Université du Québec à Montréal, vol. 8, no. 2, automne 1995.
- COMMISSION ÉPISCOPALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Appel à la justice - Une société à refaire*, Ottawa, Concacan Inc, 1979.
- CONCILE OECUMÉNIQUE VATICAN II, *Les seize documents conciliaires, texte intégral*, Montréal et Paris, Fides, 1967.
- CONCORDANCE DE LA BIBLE "TOB", Paris, Cerf/SBF, 1994, voir souffrance et mort.
- CONFÉRENCE ÉPISCOPALE DE BELGIQUE, *Livre de la foi*, Bruxelles/Ottawa, Desclée/Novalis, 1987.
- COOK, J. S., FONTAINE, K.L., *Soins infirmiers, psychiatrie et santé mentale*, Montréal, ERPI, 1991.
- CÔTÉ, P.-R., *Les évangiles synoptiques (THL-11800)*, notes du cours donné à la faculté de théologie de l'Université Laval, à l'automne 1989.
- COUSIN, H., *L'évangile de Luc* (série commentaires), Paris/Outremont, Centurion/Novalis, 1993.

- CURMER, G., «Pastorale de la santé», in *La Bible, le livre des chrétiens*, tome 8, Paris, Hachette, 1988, pages 144-147.
- DAGENAIS, R., «De la consolation à la relation d'aide», in *L'aumônerie d'hôpital au service de pastorale*, sous la direction de Robert Giguère, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 1993, p. 193-196.
- DAGENAIS, R., «La souffrance : un chemin de croissance ?», dans *Prêtre et Pasteur*, Montréal, publiée par les religieux du T.-S.-Sacrement, avril 1999, p.212-216.
- DANIS, M., « Inévitablement la vie, l'amour, la mort », dans *L'infirmière du Québec*, volume 3, numéro 2, 1995, p.42-45.
- DE KONINCK, T., *de la dignité humaine*, Paris, PUF, 1995.
- DELISLE, I., *Les derniers moments de la vie, l'accompagnement de la personne mourante*, Saint-Laurent, ERPI, 1993.
- DE MONTALEMBERT, H., *La lumière assassinée*, Paris, Éditions Robert Laffont, 1982.
- DEROUSSEAU, L., BAUDRY, G.H., *On ne meurt pas seul*, Paris, Le Centurion, 1980.
- DESCOUVEMONT, P., *Guide des difficultés de la foi catholique*, Paris, Cerf, 1989.
- DICKENSON, S.C., «The search for spiritual meaning», *Am Nurs* 75(10): 1789, 1975.
- DICTIONNAIRE DE LA VIE SPIRITUELLE*, sous la direction de Stefano De Fiores et Tullo Goffi, Paris, Cerf, 1983, mort p.723-731; souffrance/maladie p.1054-1060; spiritualité contemporaine p. 1061-1078.
- DICTIONNAIRE DE SPIRITUALITÉ*, Paris, Letouzey, voir : mal, maladie, mort, souffrance.
- DICTIONNAIRE DE THÉOLOGIE CATHOLIQUE (PETIT...)*, de Karl Rahner/Herbert Vorgrimler, dans la coll. Livre de vie (no 99), Paris, Seuil, 1970.
- DICTIONNAIRE DU NOUVEAU TESTAMENT*, X. Léon-Dufour, Paris, Seuil, 1975.
- DICTIONNAIRE HISTORIQUE DES SAINTS*, sous la direction de John Coulson et Bernard Noël, Paris, Société d'édition de dictionnaires et encyclopédies, 1964.
- DIOCÈSE DE CHICOUTIMI, *Bâtir ensemble... Collaborer pour l'avenir*, Évêché de Chicoutimi, 12 novembre 1993.
- DORCASE, J., *Dictionnaire des citations chrétiennes*, Paris, Centurion/Levain, 1990, voir souffrance et mort.
- DOUCET, H., *Mourir, approches bioéthiques*, l'horizon du croyant, Montréal, Novalis, 1988.
- DOYON, J., *L'option fondamentale de Jésus*, Montréal/Paris, Éditions Paulines/Médiaspaul, 1984.

- DRAPEAU, A., *Les services de pastorale: plus utiles que l'on croit dans les centres hospitaliers*, in la Gazette de la butte, Alma, Hotel-Dieu d'Alma, vol. 27, no. 4, décembre 1995, p.13.
- DRAPEAU, A., «*La pastorale de la santé*», in la Gazette de la butte, Alma, Hotel-Dieu d'Alma, vol. 27, no. 3. Octobre 1995, p.13.
- DREWERMANN, E., *La parole qui guérit*, traduit de l'allemand par Jean-Pierre Bagot, Paris, Éditions du Cerf, 1991.
- DRIOT, M., *La parole en paraboles*, Paris, Nouvelle Cité, 1981.
- DUBIED, P.-L., *L'angoisse et la mort*, Genève, Labor et Fides, 1991.
- DUFOUR, S., *Devenir libre dans la Christ*, Sainte-Foy, Éditions Anne Sigier, 1987.
- DURAND, G., «Croire en la vie aujourd'hui», in *Revue Notre-Dame*, n°10 novembre 1997, p. 1-13.
- DURAND, G., MALHERBE, J.-F., *Vivre avec la souffrance (repères théologiques)*, Montréal, Fides, 1992.
- EMMANUELLI, X., «*Entretien avec...*», propos recueillis à l'antenne de TÉVÉ 5 (la télévision internationale), le 24 avril 1996, émission dirigée par Mme Michèle Cédric, produite par le Centre R.T.B.F., Bruxelles, 1995.
- EMMANUELLI, X., *J'attends quelqu'un*, Paris, Édition Arléa et Diffusion Seuil, 1995.
- ENCYCLOPÉDIE DU CANADA (L'), Montréal, Les Éditions Stanké Ltée, 1987, voir : hôpital (p. 929) et révolution tranquille (p. 1707).
- ÉVANGILES (LES), Traduction et commentaire, collectif, Montréal, Bellarmin, 1986.
- FAYN, M.-G., *Humaniser les soins*, Paris, ESF Éditeur, 1995.
- FISH, S., et SHELLY, J.A., *Spiritual care : the nurse's role*, Downers Grove, Ill., InterVarsity Press, 1978.
- FORTIN, C., DION, R., «En milieu de santé, les Services de pastorale sont plus utiles que l'on croit» dans la revue *Artère*, juin 1995, p.6.
- FORTIN, J., «Présence chrétienne dans le monde de la santé» , in *Communauté chrétienne*, volume 20, numéro 119, septembre-octobre 1981, p. 387 à 394.
- FORTIN-CÔTÉ, L., «Survivre ou grandir», in *Revue Prêtre et Pasteur*, vol.99, no6 juin1996, pages 339-344.
- GAGNON, K., «Accompagner un proche dans son dernier voyage», in *Femme Plus*, avril 1994, p. 29-31.
- GAGNON-THIBAUDEAU, M., *Une histoire tendre*, Chicoutimi, Éditions J.C.L., 1994.

- GAUSSIN, P.-R., *Les cohortes du Christ*, Rennes, Ouest-France, 1985.
- GAUVIN, A., RÉGNIER, R., *L'accompagnement au soir de la vie, le rôle des proches et des bénévoles auprès du malade*, Montréal, Le jour éditeur, 1992.
- GEHLEN, A., *Anthropologie et psychologie sociale*, Paris, PUF., 1990.
- GELINEAU, J. (Sous la direction de), *Dans vos assemblées*, Paris, Desclée, 1989, volume 2, p. 623-656.
- GENDRON, C., CARRIER, M., *La mort condition de la vie*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1997.
- GENDRON, C., DUMONT, R., GAGNON, R., *Philosophie 340-301, thème 4, l'être humain, un être pour la mort*, document de cours.
- GENTIL-BLAICHIS, YVES de, ABIVEN, M., *Vivre avec celui qui va mourir*, Paris, Centurion, 1990.
- GIGUÈRE, R., sous la direction de, *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993.
- GODIN, ANDRÉ, «Écoute et conseil», in *Initiation à la pratique de la théologie* (sous la direction de Bernard Laurent et François Refoulé), tome V : Pratique, Paris, Les Éditions du Cerf, 1983, p. 47-76.
- GUARISE, C., «La dimension pastorale de la visite aux malades dans un centre hospitalier», dans *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale* (sous la direction de Robert Giguère), Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993, p.269-275.
- HACAULT, Mgr. A., *Journée des personnes malades*, homélie prononcée à l'Hôpital de St-Boniface (Manitoba), le 11 février 1996.
- HAMBURGER, J., *L'aventure humaine*, Paris, Flammarion, 1992.
- HARRIS, T.A., *D'accord avec soi et les autres, guide pratique d'analyse transactionnelle*, Paris, Épi Éditeurs, 1973.
- HÉTU, J.-L., *Psychologie de l'expérience intérieure*, Montréal, Éditions du Méridien, 1983.
- HÉTU, J.-L., *La relation d'aide, éléments de base et guide de perfectionnement*, 2e édition, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur ltée., 1994.
- HÉTU, J.-L., *Psychologie du mourir et du deuil*, Montréal, Éditions du Méridien, 1994.
- HIGHFIELD and CASON, «Spiritual needs of patients : are they recognized ?», *Canc Nurs*, 6(3): 187, 1983.
- HOSTIE, R., *Vie et mort des ordres religieux*, Paris, Desclée de Brouwer, 1972.

- HOTEL-DIEU D'ALMA, *Code d'éthique, un cadre de référence à notre façon d'agir et d'être avec l'usager*, Alma, 27 mars 1995.
- HÔTEL-DIEU D'ALMA, *Les soins intensifs-guide d'accompagnement pour la famille et les amis*, Alma, 1994.
- HÔTEL-DIEU D'ALMA, *Le projet de toute une communauté*, document souvenir du 40ièm anniversaire de fondation, Alma, Hotel-Dieu d'Alma, octobre 1994.
- HOUDE, R., *Les temps de la vie, le développement psychosocial de l'adulte selon la perspective du cycle de vie*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1991.
- INTER/ACTION, journal d'information du ministère de la santé, vol. 1, no. 3 et 4, 1995.
- JEAN-PAUL II, *Le sens chrétien de la souffrance humaine*, «lettre apostolique "Salvifici Dolores"», (collection l'Église aux quatre vents), Montréal, Fides, 1984.
- JEAN-PAUL II, *L'intérêt actif de l'Église pour la question sociale*, «lettre encyclique Sollicitudo Rei Socialis à l'occasion du vingtième anniversaire de l'encyclique Populorum progressio», (collection l'Église aux quatre vents), Montréal, Fides, 1988.
- JEAN-PAUL II, *Les fidèles laïcs*, «exhortation apostolique post-synodale "Christifideles Laici"», (collection l'Église aux quatre vents), Montréal, Fides, 1989.
- JOURARD, S. M., *La transparence de soi*, Ste-Foy, Les Éditions Saint-Yves Inc., 1974.
- KEMP, C. E., *Le malade en fin de vie, Guide de soins palliatifs*, Paris/Bruxelles, De Boeck Université, 1997.
- KÜBLER-ROSS, É., *La mort, dernière étape de la croissance*, Montréal, Québec/Amérique, 1993.
- KÜNG, H., *L'homme, la souffrance et Dieu*, Belgique, Desclée de Brouwer, 1969.
- KÜNG, H., *Être chrétien*, Paris, Éditions du Seuil, 1978.
- KÜNG, H., *Vie éternelle ?*, Paris, Éditions du Seuil, 1985.
- KÜNG, H., *Une théologie pour le 3. millénaire*, Paris, Éditions du Seuil, 1989.
- KUSHNER, H., *Pourquoi le malheur frappe ceux qui ne le méritent pas*, Paris, Sand/Primeur, 1985
- KUSHNER, H., *Le désir infini de trouver un sens à la vie*, Montréal, Éditions du Roseau, 1987.
- LABONTÉ, soeur C., «L'évaluation de la qualité en pastorale: est-ce réalisable?» In *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale* (sous la direction de Robert Giguère), Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993, p. 105-127.

- LACHANCE, G., «Rôles traditionnels et nouveaux ministères en pastorale hospitalière», in *ni curés ni poètes - les laïques en animation pastorale* (en collaboration), Montréal, Éditions Paulines, 1993, p 43-48.
- LAMONTAGNE, C., «Aujourd'hui la mort, PSY. 10», in *Radio-Documents de SRC radio*, émission 3, du 15 février 1994.
- LAMONTAGNE, C., «Entrevue avec le Dr Claude Lamontagne», in *Revue Notre-Dame*, novembre 1997, p.16-28.
- LAPIERRE, D., *Plus grands que l'amour (récit)*, Paris, Éditions Robert Laffont, 1990.
- LAROCHE, M., *Seconde naissance, de l'angoisse à l'homme de la résurrection*, Paris, Nouvelle Cité, 1986.
- LATOURELLE, R., *L'homme et ses problèmes dans la lumière du Christ* (Recherches 26), Paris-Tournai, Desclée & Cie / Montréal, Éditions Bellarmin, 1981.
- LAVIGNE-PLEY, C., «Le programme d'accompagnement des mourants âgés, un défi dans le domaine des services bénévoles», dans *L'infirmière du Québec*, volume 3, numéro 2, 1995, p.38-41.
- LEBEL, J.-d'Arc, «Inévitablement la vie, l'amour, la mort», in *L'Infirmière du Québec*, novembre/décembre 1995, p 42-45.
- LEBLANC, S., «L'importance du soutien», in *Belle... et bien dans sa peau*, en ajout à la revue *Elle Québec*, juillet 1997, page 44.
- LE BRAS, G., (sous la direction de...), *Les ordres religieux*, Paris, Flammarion, 1979.
- LEE, S., «Quand le bénévolat va, tout va !», dans *Revue Prêtre et Pasteur*, volume 100, no 6, juin 1997, p. 337-343.
- LE LAC ST-JEAN, *Fusion entre l'Hôtel-Dieu d'Alma et le CHSLD*, dans l'édition du 30 juin 1996, p.3.
- LE MAY, J.-P., «Le courage et la confiance», dans *Drames humains et foi chrétienne, approches éthiques et théologiques* (sous la dir. De Camil Ménard et Florent Villeneuve), coll. «Héritage et projet», no 55, Montréal, Fides, 1995, p.321-335.
- LEMIEUX, R., «Sécularité et pastorale», in revue *Liturgie, foi et culture*, volume 24, décembre 1990, numéro 124, page 18-27.
- LE NOUVEAU PETIT ROBERT, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Paris, Dictionnaire Le Robert, 1993.
- LÉON-DUFOUR, X., *Les évangiles et l'histoire de Jésus*, Paris, Éditions du Seuil, 1963.
- LÉON-DUFOUR, X., *Dictionnaire du Nouveau Testament*, Paris, Éditions du Seuil, 1975.
- LE QUOTIDIEN, *La religion favorise la santé*, dans l'édition du lundi 31 Août 1998, p.16.

- LE RÉVEIL, «*Hôtel-Dieu d'Alma : les administrateurs doivent trouver 1,6 million en 1996-97*», dans l'édition jeannoise du 9 juin 1996, page 3.
- LITURGIE FOI ET CULTURE, *La santé*, bulletin national de liturgie, volume 24, numéro 124, décembre 1990.
- LOUF, A., *L'accompagnement spirituel*, Ottawa, Éditions de la conférence religieuse canadienne, 1986.
- LUCIER, P., *Réflexions sur la méthode en théologie*, extrait de "Science religieuse", III (1972), p.63-73.
- MADRE, Dr Ph., *Mystère d'amour et ministère de guérison*, Paris, Pneumathèque, 1982.
- MAHIG, J., «Les mourants et la mort», in *Prêtre et pasteur*, nov 1977, p 522 à 529.
- MAILLOT, A., *Les paraboles de Jésus*, (bibliothèque chrétienne de poche, foi Vivante 322), Paris, Éditions Labor et Fides, 1993.
- MALHERBE, J.-F., DURAND, G., *Vivre avec la souffrance, (repères théologiques)*, Montréal, Fides, 1992.
- MALRAUX, A., *Les Noyers de l'Altenburg*, Paris, Gallimard, 1948.
- MASSABKI, C., *Le Christ rencontre de deux amours*, Paris, Les éditions de la source, 1958, voir : souffrance, mal, malades, maladies, mort.
- MÉNARD, CAMIL, «Besoin d'animateurs qualifiés», in *En Église*, revue du Diocèse de Chicoutimi, volume XXIV - numéro 1, 3 février 1997, p. 6.
- McBRIEN, R.P., *Être catholique, tome 1*, thème : la religion et ses diverses formes, p.264-301, Paris/Ottawa, Le Centurion/Novalis, 1984.
- McBRIEN, R.P., *Être catholique, tome 2*, thème : l'onction des malades, p.231-266, Paris/Ottawa, Le Centurion/Novalis, 1984.
- MESSORI, V., *Pari sur la mort, l'espérance chrétienne : réalité ou illusion ?* Paris, Mame, 1984.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX QUÉBEC, *Les dépenses de santé du Québec et le financement des programmes établis, problématique et enjeux*, Québec, Gouvernement du Québec, avril 1995.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX QUÉBEC, *Journal Interaction*, Volume 1/numéro 3, printemps 1995; Volume 1/numéro 4, été 1995, Gouvernement du Québec.
- MIRON, T., "L'accompagnement non professionnel d'un mourant", dans *Prêtre et Pasteur*, vol. 98, no. 10, novembre 1995, p.584-589.
- MOLTMANN, J., *Théologie de l'espérance* (Cogitatio Fidèi 50), Paris, Cerf-Mame, 1978.

- MURPHY, Dr. J., *Aimer son prochain comme soi-même*, Montréal, le Jour édition, 1984.
- NÉRON, S., *L'art et les voix de l'accompagnement*, Montréal, Médiaspaul, 1995.
- NEUSCH, M., *Le Mal*, col. Parcours, la bibliothèque de formation chrétienne, Paris/Montréal, Centurion/Paulines, 1990.
- NOCENT, A., *Célébrer Jésus-Christ (l'année liturgique, tome 6)*, Paris, Éd. Universitaires, 1977, p. 94-96.
- NULAND, S. B., *Mourir, réflexions sur le dernier chapitre de la vie*, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique (ERPI), 1994.
- OLIVIER, Dr. C., *L'amour assassin*, Montréal, Stanké, 1994.
- PAGÉ, R., *Diaconat permanent et diversité des ministères*, Montréal, Éditions Paulines, 1988.
- PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. *Le développement de la personne*, 3e édition, Laval, Les Éditions Études Vivantes, 1989, p.547-568.
- PAQUIN, Y., «L'intervention pastorale auprès du bénéficiaire», in *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1993, p 261-267.
- PAUL-CAVALLIER, F.-J., *Mourir vivant*, Montréal, Médiaspaul, 1990.
- PAUL-CAVALLIER, F.-J., *Accompagner la vie*, Montréal, Médiaspaul, 1990.
- PERROY, H., *Les Paraboles, septième série des Récits Évangéliques*, Paris/Lyon, Emmanuel Vitte, 1953.
- PILES, C., *Spiritual care : role of nursing education and practice : a needs survey for curriculum development*, thèse de doctorat inédite, St-Louis, St-Louis University, 1986.
- PLANTE, A., “ Au-delà des soins palliatifs, les soins infirmiers liés au processus de deuil”, dans *L'infirmière du Québec*, volume 3, numéro 2, 1995, p.26-34.
- POTTER, P.A., PERRY, A.G., «La santé spirituelle», dans *Soins infirmiers, théorie et pratique*, Montréal, ERPI, 1990, p.811-822.
- PRÊTRE ET PASTEUR, *Accompagner les malades*, volume 96, no.5, mai 1993.
- PRÊTRE ET PASTEUR, *Scandaleuse souffrance*, volume 96, no.10, novembre 1993.
- PRÊTRE ET PASTEUR, *Quand vient la mort*, volume 98, no.10, novembre 1995.
- PRÊTRE ET PASTEUR, *Intervention pastorale et duretés de la vie*, vol. 99, no.6, juin 1996.
- PRÊTRE ET PASTEUR, *Pas d'Églises sans bénévoles*, volume 100, no.6, juin 1997.
- PROFFIT, A., *Le service des malades, témoignage d'un prêtre*, collection expériences pastorales no.4, Paris, Éditions Fleurus, 1966.
- PROULX, MGR. A., *Une voix pour les sans-voix*, Ottawa, Novalis, 1987, p.34,38,42.

- PROULX, R., MORIN, J., LETOURNEAU, L., *Proche est ta parole (lecture biblique du dimanche, année c)*, Montréal, Éditions Paulines, 1980, p. 157-160.
- QUENNEVILLE, Y., «Au-delà des bonnes intentions», in *Revue Frontières*, Montréal, UQAM, volume 5, numéro 3, hiver 1993, p.14-20.
- RAHNER, K., VORGRIMLER, H., *Petit dictionnaire de théologie catholique*, Paris, Éditions du Seuil, 1970.
- RENARD, H., *Diaconat et solidarité*, Arras (France), Éditions Salvator Mulhouse, 1990.
- REVUE NOTRE DAME (RND), *Demain une société sans souffrance?* No.7, juillet-août 1995.
- REVUE NOTRE DAME (RND), *Le problème de la souffrance*, no.11, décembre 1985.
- REVUE NOTRE DAME (RND), *L'accompagnement des mourants, quand vient l'heure pour ceux qu'on aime*, no.10, novembre 1990.
- REVUE NOTRE DAME (RND), *Croire aujourd'hui parce que la vie a un sens?* No.11, décembre 1990.
- REVUE NOTRE DAME (RND), *L'hôpital de demain, prendra-t-on le temps de soigner ?* No. 6, juin 1996.
- REVUE NOTRE DAME (RND), *Mourir à la maison - Avons-nous vraiment le choix ?*, No. 1, Janvier 1997.
- RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF, *Soins infirmiers : un modèle centré sur les besoins de la personne*, Montréal, McGraw-Hill, 1984.
- ROCHAT, F., *La crise de guérison, l'accompagnement spirituel des personnes souffrantes*, Paris, Centurion, 1992.
- ROY, D., «Mourir avec dignité : un débat ouvert», *Santé mentale au Québec*, vol. 7, no 2, 1962.
- ROY, L., *Se réaliser et suivre Jésus est-ce possible ?*, Montréal, Fides, 1989.
- SARTRE, J.-P., *L'existentialisme est un humanisme*, Paris, Nagel, 1970.
- SAVARD, D., «Au-delà des bonnes intentions», entrevue avec Yves Quenneville, in *Revue Frontières*, volume 5, numéro 3, hiver 1993, p 14-20.
- SCHILLEBEECKX, E., *Le Christ, sacrement de la rencontre de Dieu*, dans la collection Foi vivante, Paris, Cerf, 1960.
- SCOUARNEC, M., *Pour comprendre les sacrements*, dans la collection «Vivre, Croire, Célébrer», Paris, Les Éditions Ouvrières, 1991.
- SEBAG-LANOË, R., *Mourir accompagné*, Paris, Desclée de Brouwer, 1986.

- SICARD, D., "La mort du chrétien et sa communauté", dans *La Maison-Dieu*, no. 144, 1980, p. 59-64.
- SOUZENELLE, A. de, *La parole au coeur du corps*, rlg.16, in radio-documents de SRC radio, émission 3, du 15 février 1994.
- SRC RADIO, *Mourir en vie*, avec Jean Monbourquette et Denise Lussier-Russell, dans la série : radio-documents, document "regards sur la mort (psy.8)", Montréal, société Radio-Canada, 1993.
- SRC RADIO, *Annick de Souzenelle (rlg. 16)*, dans la série : radio-documents, émission émergences, animée par Richard Cummings le 21 nov. 1993.
- SRC RADIO, *Un médecin devant la mort*, avec Claude Lamontagne md., dans la série : radio-documents, document "aujourd'hui la mort (psy.10)", animée par Serge Bureau, Montréal, Société Radio-Canada, 15 février 1994.
- SRC RADIO, *Les soins palliatifs*, avec Denis Savard, dans la série : radio-documents, document "aujourd'hui la mort (psy.10)", animée par Serge Bureau, Montréal, Société Radio-Canada, le 15 mars 1994.
- TAYLOR, C., *Grandeur et misère de la modernité*, collection L'Essentiel, Montréal, Éditions Bellarmin, 1992.
- THÉO, *nouvelle encyclopédie catholique*, Paris, Droguet et Ardant/Fayard, 1989.
- TOULAT, J., *Les forces de l'amour*, Paris, SOS Éditions, 1976.
- TREMBLAY, G., *Les diacres permanents au diocèse de Chicoutimi 1978-1995*, Chicoutimi, Georges Tremblay éditeur, 1996.
- TRUCHON, R., *Aujourd'hui les paraboles*, Sainte-Foy, Anne Sigier, 1987.
- VAILLANCOURT, R., «Évolution historique», in *Liturgie, Foi et Culture*, Ottawa, Éditions de la C.E.C.C., volume 24, numéro 124, décembre 1990, p. 11-17.
- VANIER, J., *Homme et femme il les fit*, Montréal, Bellarmin, 1984.
- VANIER, J., *Toute personne est une histoire sacrée*, Paris, Plon, 1994.
- VARILLON, F., *Joie de croire, Joie de vivre*, Paris, Centurion, 1981.
- VILLEDIEU, Y., "L'hôpital passe au bistouri", dans *L'actualité*, 1er octobre 1995, p.18-23.
- VIMORT, J., *Ensemble face à la mort*, Paris, Centurion, 1987.
- VOCABULAIRE DE THÉOLOGIE BIBLIQUE* (sous la direction de Xavier Léon-Dufour), Paris, Éditions du Cerf, 1981.
- VOLANT, É., *Des morales*, Montréal, Éditions Paulines, 1985.

VOLANT, É., «Un abri pour ceux qui s'acheminent vers la mort», in *Frontières*, Montréal, revue éditée par l'Université du Québec à Montréal, volume 5, numéro 3, hiver 1993, p. 3-5.

WALKER, K., *Histoire de la médecine*, Verviers (Belgique), Éditions Gérard et Cie, collection marabout université no.11, 1962.

WEIL, S., *La pesenteur et la grâce*, Paris, Plon, 1988.

WELTE, B., *La lumière du RIEN*, Montréal, Fides, 1989.

OooO

ANNEXES

ANNEXE 1

**Questionnaire présenté
à des étudiants-es en nursing**

QUESTIONNAIRE PRÉSENTÉ À DES ÉTUDIANTS-ES EN NURSING

Bonjour, je suis étudiant à l'UQAC et j'ai entrepris la rédaction d'un mémoire qui me conduira à l'obtention d'un diplôme de maîtrise en Études Pastorales. Ma recherche porte sur l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier. Pour ce faire, j'ai besoin de certaines informations pouvant être vérifiées et compilées. Ces informations ont pour but de vérifier si ma vision correspond avec les autres intervenants qui s'activent auprès de la personne malade. Votre collaboration est donc essentielle pour ma recherche. Je vous demande donc de répondre de façon honnête, aux questions qui suivent. Vos réponses, personne autre que moi n'en prendra connaissance.

Je vous demande donc de répondre, de façon franche et honnête, en inscrivant les réponses que vous, vous trouvez les meilleures ou qui correspondraient à ce que vous souhaiteriez qu'elles soient.

1-Pour toi, c'est quoi une infirmière¹ ?

Une personne qui soigne "la maladie"

Une psychologue

Une confidente

Une accompagnatrice

Une professionnelle de la santé "point"

Autre chose.....

S.V.P. explicitez votre réponse.

¹Ce terme inclura toujours son expression masculine.

2-Comme infirmière, est-ce que le côté religieux de la personne humaine qui est souffrante te rejoint ou bien c'est juste l'ouvrage de l'aumônier ou d'une personne du comité de la pastorale de l'hôpital ?

3-Lorsqu'une infirmière soigne un patient, considères-tu seulement "la maladie" ou encore "la personne humaine malade" ?

4-Lorsque tu soignes une personne, qui soignes-tu ?

Le corps humain

La personne dans toute son intégrité (c'est-à-dire physique, intellectuelle, sociale et spirituelle)

5-Penses-tu que, malgré les coupures, que l'infirmière ait encore le temps de parler et de reconforter les patients?

6-Penses-tu qu'il est de mise qu'une infirmière puisse parler de religion, de Dieu, de Jésus, de Marie, etc... avec un patient ?

7-La présence religieuse a-t-elle encore sa place, aujourd'hui, dans un hôpital ?

8-Est-ce que tu penses que l'accompagnement de la personne malade par l'aumônier ou par une personne croyante et pratiquante puisse aider cette personne malade à retrouver le chemin de la santé de façon plus rapide ?

9-D'après toi, une infirmière est-elle autre chose que simplement une exécutante clinicienne c'est-à-dire qui ne se penche que sur la maladie qui est à soigner ?

Merci à l'avance pour votre collaboration,

**Daniel Audy, étudiant
Maîtrise Études Pastorales**

ANNEXE 2

**Questionnaire destiné aux bénévoles
qui visitent et accompagnent les malades
de l'Hôtel-Dieu d'Alma.**

Présentation et directives

Bonjour,

Je suis diacre permanent avec mandat pastoral pour accompagner les malades en phase terminale à l'Hôtel-Dieu d'Alma. Présentement, je suis à compléter des études à l'Université du Québec à Chicoutimi, dans le but d'obtenir un diplôme de maîtrise en Études Pastorales et ma recherche porte sur "l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier".

Afin de m'aider à appuyer mes dires ou même à les contredire, j'ai besoin de vous, car seul, je ne pourrai mener à bien cette recherche que je viens d'entreprendre. J'ai donc besoin de votre expérience et de vos connaissances. J'ai également besoin de votre franchise et de votre honnêteté dans les réponses que vous voudrez bien me donner, en remplissant le présent questionnaire.

Vos réponses m'aideront à avoir un autre son de cloche, le vôtre ; à avoir des yeux et des oreilles supplémentaires afin de mieux percevoir ce que nous pouvons offrir, à la personne humaine qui se retrouve en situation de souffrance à l'Hôtel-Dieu d'Alma. Ainsi, vous m'aidez à apporter une lumière nouvelle sur le rôle de l'accompagnateur, en milieu hospitalier.

Je vous demande donc, de bien vouloir répondre aux questions, avec franchise et d'être le plus précis possible dans vos réponses. Ne vous gênez pas, pour vous exprimer et dire ce que vous pensez vraiment. Je désire également vous dire qu'aucune autre personne que moi, ne

prendra connaissance de vos réponses. Si jamais vous décidez de ne pas répondre au présent questionnaire, je vous demande de bien vouloir me le retourner, sans aucune mention.

Lorsque vous aurez complété le questionnaire, je vous demande de bien vouloir le placer dans l'enveloppe ci-jointe et de le remettre à l'aumonier de l'hôpital, qui me le transmettra. Si jamais vous aviez besoin de renseignements supplémentaires, vous pourrez me rejoindre à mon domicile au

En terminant, je voudrais vous remercier pour le temps que vous accepterez de consacrer, à ce questionnaire. C'est un cadeau que vous me faites et un encouragement à poursuivre ma recherche. C'est également un cadeau que vous vous faites, car cela vous permettra de faire le point sur votre propre implication à l'hôtel-Dieu d'Alma et, finalement, c'est à toute la communauté que, vous et moi, nous offrirons ce travail de recherche, une fois complété.

Merci à l'avance pour votre collaboration.

Daniel Audy, étudiant
Maîtrise Études Pastorales

1. Je suis une femme....un homme....

2. Je me situe dans la catégorie d'âge suivante

Moins de 25 ans....

25-34 ans

35-44 ans

45-54 ans

55-64 ans

3. Mon statut à l'hôtel-Dieu d'Alma est le suivant :

4. Du point de vue de la foi, je me situe comme suit :

....je suis croyant - non pratiquant

....je suis croyant - pratiquant de façon occasionnelle

....je suis croyant - pratiquant de façon semi-régulière

....je suis croyant - pratiquant de façon régulière

....autre : spécifiez

5. Avez-vous une formation particulière ? Décrivez-la.

6. Pour vous, en milieu hospitalier, qui est le plus important ?

---la personne humaine

---la maladie

Pourquoi :

**7. Avez-vous de la réticence à l'égard de certains malades, de certaines maladies ?
Lesquels et pourquoi ?**

**8. Avec la personne hospitalisée, parlez-vous de sa maladie et/ou de sa mort à venir
Si oui, de quelle manière ?**

**9. Avec la personne hospitalisée, parlez-vous de Dieu, de Jésus-Christ ? De quelle
façon abordez-vous cela ?**

10. Avec la personne hospitalisée, priez-vous ? Comment ?

11. Qu'apporte le service des bénévoles en milieu hospitalier ?

12. Qu'apporte le service de pastorale en milieu hospitalier ?

13. Quel est votre rôle à l'intérieur de ce service ?

14. Vous donnez combien de temps, par semaine, à ce service ?

15. Quels sont les attentes des personnes hospitalisées envers le prêtre, aumônier d'un hôpital ?

16. Quelles sont les attentes des personnes hospitalisées envers les accompagnateurs chrétiens d'un hôpital ?

17. Quelles sont les attentes des personnes hospitalisées envers les auxiliaires bénévoles d'un hôpital ?

18. Quelles valeurs, l'accompagnateur non religieux, se doit-il de véhiculer ?

19. Quelles valeurs, l'accompagnateur chrétien, se doit-il de véhiculer ?

20. L'accompagnateur, se doit-il d'avoir une morale ? Laquelle ?

21. L'accompagnateur, se doit-il d'avoir des principes ? Lesquels ?

**22. Pourquoi, je suis devenu accompagnateur des gens souffrants et/ou mourants ?
(Votre petite histoire)**

23. Comment je me situe, face à ma souffrance ?

24. Comment je me situe, face à la mort ?

25. Comment je me situe, face à la maladie, la souffrance des autres ?

26. Comment je me situe, face à la mort des autres ?

27. Face à la souffrance, la maladie quel est le rôle de l'accompagnateur ?

28. Face à la mort, quel est le rôle de l'accompagnateur ?

29. Face à la famille du malade, quel est le rôle de l'accompagnateur ?

30. Que vient faire Dieu, Jésus-Christ, dans la maladie, la souffrance et la mort, dans un centre hospitalier ?

31. Quel visage de Dieu véhiculez-vous auprès des gens ?

32. Que signifie être chrétien pour vous ?

33. Que favorise le service de pastorale dans un centre hospitalier ?

34. Croyez-vous que les malades ont besoin de vous ?

ANNEXE 3

Questionnaire destiné aux aumoniers de l'Hôtel-Dieu d'Alma

35. Qu'est pour vous, la pastorale hospitalière ?

36. L'hôpital est-il un lieu propice d'évangélisation ?

37. La pastorale hospitalière se doit-elle d'être exclusivement centrée sur la foi chrétienne ?

38. Qu'est la pastorale sacramentelle, en milieu hospitalier ?

39. Quel type de pastorale se doit d'être priorisé ?

40. Où vous situez-vous, comme aumonier, parmi l'ensemble des intervenants du centre hospitalier ?

41. Considérez-vous votre rôle de "prêtre" comme étant encore nécessaire, voir indispensable, dans un centre hospitalier ?
