



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

Year : 2017

Modèle d'évaluation de la détresse spirituelle : une appréciation théologique

Rochat Etienne

Rochat Etienne, 2017, Modèle d'évaluation de la détresse spirituelle : une appréciation théologique

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive <http://serval.unil.ch>

Document URN : urn:nbn:ch:serval-BIB_466B4EC27D5B9

Droits d'auteur

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

Copyright

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.

Modèle d'évaluation de la détresse spirituelle : une appréciation théologique

THESE DE DOCTORAT EN COTUTELLE
Université Laval (Québec) – Université de Lausanne

Présentée
à la Faculté de théologie et de sciences religieuses
de l'Université Laval (Québec)
pour l'obtention
du grade de docteur en théologie pratique de l'Université Laval (Québec)
et
du grade de docteur en sciences des religions de l'Université de Lausanne
par
Etienne ROCHAT

Directeurs de thèse

M. Guy Jobin, Professeur à l'Université Laval (Québec)
M. Pierre-Yves Brandt, Professeur à l'Université de Lausanne

Jury

M. François Nault, Professeur à l'Université Laval (Québec) (président)
M. Andrew Labrecque, Professeur à l'Université Laval (Québec)
Mme Irene Becci, Professeur à l'Université de Lausanne
M. Karsten Lehmkuhler, Professeur à l'Université de Strasbourg

Québec, 2017



UNIL | Université de Lausanne
 Faculté de théologie et de sciences des religions
 bâtiment Anthropole

IMPRIMATUR

Le jury, composé de :

Président de séance :	Monsieur François Nault	Professeur, FTSR, Université de Laval
Directeurs de thèse :	Monsieur Pierre-Yves Brandt Monsieur Guy Jobin	Professeur, FTSR, Université de Lausanne Professeur, FTSR, Université de Laval
Membres du jury :	Madame Irene Becci Monsieur Cory Andrew Labrecque Monsieur Karsten Lehmkuhler	Professeure, FTSR, Université de Lausanne Professeur, FTSR, Université de Laval Professeur, FTP, Université de Strasbourg

autorise l'impression de la thèse de :

MONSIEUR ETIENNE ROCHAT

Intitulée :

«Modèle d'évaluation de la détresse spirituelle : une appréciation théologique»

sans se prononcer sur les opinions du candidat.

La Faculté de théologie et de sciences des religions, conformément à ses usages, ne décerne aucune mention.

Lausanne, 7 février 2017

David Hamidovic
 Doyen de la Faculté de théologie et de sciences des religions

Faculté de théologie et de sciences des religions



Tél. +41 21 692 27 28 | secretariatfts@unil.ch | www.unil.ch/fts

Modèle d'évaluation de la détresse spirituelle : une appréciation théologique

THESE DE DOCTORAT EN COTUTELLE
Université Laval (Québec) – Université de Lausanne

Présentée
à la Faculté de théologie et de sciences religieuses
de l'Université Laval (Québec)
pour l'obtention
du grade de docteur en théologie pratique de l'Université Laval (Québec)
et
du grade de docteur en sciences des religions de l'Université de Lausanne
par
Etienne ROCHAT

Directeurs de thèse

M. Guy Jobin, Professeur à l'Université Laval (Québec)
M. Pierre-Yves Brandt, Professeur à l'Université de Lausanne

Jury

M. François Nault, Professeur à l'Université Laval (Québec) (président)
M. Andrew Labrecque, Professeur à l'Université Laval (Québec)
Mme Irene Becci, Professeur à l'Université de Lausanne
M. Karsten Lehmkuhler, Professeur à l'Université de Strasbourg

Québec, 2017

Résumé de la thèse

Ce Doctorat en Théologie Pratique (DThP) est du type « modèle d'intervention ». Il se présente sous la forme d'un « dossier ordonné », c'est-à-dire un ensemble de parties reliées par l'intention qui détermine l'ensemble du geste et nécessaires au développement du projet, mais ayant également leur finalité propre et partant une forme d'autonomie. Ce travail est situé, dans le sens où il est centré sur la situation des accompagnants spirituels du canton de Vaud en Suisse.

Le but de cette démarche est triple. Premièrement expliquer que l'accompagnement spirituel tel qu'il est pratiqué au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) obéit à un paradigme déterminé. Deuxièmement montrer qu'une intégration effective des accompagnants spirituels dans les équipes de soins nécessite un nouveau paradigme et troisièmement expérimenter le fait que l'utilisation d'un modèle d'évaluation de la détresse spirituelle peut à la fois donner du poids à l'expérience spirituelle en temps de maladie vécue au cours de l'hospitalisation et impacter la prise en charge globale du patient par des changements dans le plan de soins. Cette vision doit naturellement être relue et critiquée théologiquement. C'est pourquoi une partie importante du développement de la thèse est consacrée à la méthode en Théologie Pratique et à la définition d'une posture pour le théologien intégré dans une institution laïque de santé. Enfin, le thème théologique de la Kénose est mobilisé et utilisé non seulement pour une critique de l'activité des accompagnants spirituels déterminée par ce nouveau paradigme, mais également pour une mise en perspective de leurs responsabilités.

Thesis abstract

This Doctorate in Practical Theology (DPT) is practice-based, and presented in the form of an "organized portfolio", in other words a series of sections linked by an underlying intention that determines the whole. Each section is necessary to the development of the project, but has its own goals and is to a degree autonomous. The work is also specific to a particular location, since it focuses on the situation of spiritual support workers in the Canton of Vaud, Switzerland.

The project has a three-fold goal. First, to explain how the spiritual support provided at the university hospital centre for the Canton of Vaud (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, or CHUV) is based on a determined paradigm; second, to demonstrate how the integration of spiritual support workers in care teams requires a new paradigm; and third, to show how the use of a model to assess spiritual distress can both add meaning to the spiritual experience during hospitalization for an illness, and also have an impact on the patient's overall treatment through changes to the care plan.

This approach must naturally be reviewed and critiqued from a theological point of view. For this reason, a large portion of the thesis is devoted to the practical theological method applied, and to the definition of an appropriate stance for theologians working for a secular healthcare institution. Last, the theological theme of kenosis is explored not only to critique the activities of spiritual support workers as determined by the new paradigm, but also to view their responsibilities within a broader perspective.

Table des matières

Résumé de la thèse	iv
Thesis abstract	v
Listes des tableaux	xi
Liste des figures	xii
Avant-propos	xv
Chapitre 1 : Introduction.....	1
1.1. Trois particularités de ce DThP	1
1.2. Partie 1 : Commencement.....	4
1.3. Partie 2 : Préparation à la recherche	5
1.4. Partie 3 : Résultats	6
1.5. Chapitre 10 : conclusion	6
Partie 1 : Commencement	7
Chapitre 2 : Point de départ	7
2.1. L'origine de ce parcours au DThP	7
2.2. Principales hypothèses qui structurent ce travail	16
2.3. Introduction au travail sur le premier bloc d'hypothèses (soit les hypothèses A et B)	17
2.3.1. Méthode de travail sur la plausibilité de l'hypothèse A	17
2.3.2. Méthode de travail sur la plausibilité de l'hypothèse B.....	18

2.3.3. Présentation du schéma structural.....	19
2.4. Travail sur la plausibilité de l'hypothèse A	28
2.4.1. Observations à partir du schéma structural.....	29
2.4.2. Analyse des observations et des rapports entre les constituants du schéma structural (cf. supra, 19)	36
2.5. Travail sur la plausibilité de l'hypothèse B	41
2.5.1. Situer ce nouveau paradigme (paradigme n° 2) par rapport au paradigme n° 1 avec deux concepts de la science action.....	42
2.5.2. Présentation du paradigme n° 2	42
2.5.3. Principaux éléments du paradigme n°2.....	44
2.5.4. Considérations sur les constituants du schéma structural	45
2.5.5. Schéma fonctionnel engendré par les considérations sur les constituants du schéma structural.....	51
2.6. Conclusion	54
2.6.1. Discussion sur l'« ajustement aux besoins du terrain » du modèle de ce DThP	54
Chapitre 3 : Revue de littérature.....	57
3.1. Introduction.....	57
3.2. Deux raisons qui expliquent pourquoi cette revue de littérature n'est pas présentée au début du parcours au DThP	57
3.3. Petite histoire de la recherche de littérature en cinq étapes	60
3.3.1. Etapes une et deux : de la compilation à la recherche méthodique de documents	60
3.3.2. Etape 3 : recherche de littérature relative à l'élaboration du modèle (2008 à 2014).	71
3.3.3. Etape 4 : Vers une contextualisation du méta-modèle de Saint-Arnaud	74
3.3.4. Etape 5 : Présentation des méta-modèles venant de la tradition de recherche des aumôniers et du modèle STIV SDAT, et comparaison de ces deux méta-modèles.....	76

3.4. Référencement du modèle STIV SDAT	83
3.5. Spiritualité en milieu de santé : quelques caractéristiques d'une tradition de recherche émergente	85
3.6. Conclusion	86
Chapitre 4 : approche méthodologique.....	87
4.1. Introduction.....	87
4.2. Moment 1 : 2004 – 2012, élaboration et validation du modèle STIV / SDAT	88
4.3. Moment 2 : 2011 – 2013 : vérification de la conformité du modèle STIV / SDAT au méta-modèle de Lhotelier et Saint-Arnaud (1994) (Chapitre 3, 88)	90
4.4. Moment 3 : 2011 - 2014 : identification et discussion des enjeux théologiques du modèle	92
4.4.1. La fonction « légitimatrice » de la réflexion théologique dans le contexte de ce DThP	92
4.4.2. La fonction « (auto) critique » de la réflexion théologique dans le contexte de ce DThP.....	93
4.4.3. Travail de réflexion théologique.....	94
4.5. Moment 4 : 2013 : « mise à l'épreuve » et « évaluation par autrui » du modèle STIV / SDAT à l'aide de deux protocoles de recherche (cf. Partie 2, Chapitre 6)	95
4.5.1. Protocole n° 1 : Présentation de trois études cas de patients souffrant de détresse spirituelle évaluée par le modèle STIV/SDAT hospitalisés au CUTR de Sylvana, y compris l'étude de l'effet des recommandations du type 3 pour la prise en charge de patients (cf. Partie 2, Chapitre 6, 143).....	96
4.6. Conclusion	97
Partie 2 : Préparation à la recherche.....	98
Chapitre 5 : Elaboration du modèle STIV / SDAT : récit d'une contribution.....	98
5.1. Introduction.....	98
5.2. Méthode	100

5.2.1 Réflexion méthodologique.....	100
5.2.2. Présentation de la méthode utilisée dans ce DThP	104
5.3. Un récit d'une contribution à l'élaboration du modèle STIV / SDAT et discussion de quelques enjeux théologiques.....	113
5.3.1. La spiritualité de la personne âgée malade hospitalisée en Réadaptation gériatrique : une dimension composée de plusieurs sous-dimensions	113
5.3.2. Un enjeu théologique relié à la sous-dimension de la Transcendance.....	123
5.4. Conclusion	126
Chapitre 6 : Tester le modèle STIV / SDAT à l'aide de deux protocoles de recherche.....	128
6.1. Contexte général	128
6.2. Historique, présentation et intégration du modèle STIV/SDAT dans un modèle clinique de prise en charge globale des patients âgés	132
6.2.1. Historique.....	132
6.2.2. Présentation du modèle STIV/SDAT.....	135
6.2.3. Fonctionnement du modèle STIV/SDAT	137
6.2.4. Place du modèle STIV/SDAT dans un modèle clinique de prise en charge globale des patients âgés en Réadaptation gériatrique	138
6.2.5. La question de recherche à laquelle vont répondre les deux protocoles.....	143
6.3. Présentation des deux protocoles de recherche.....	145
6.3.1. Protocole de recherche sur la mise à l'épreuve du modèle (n°1).....	145
6.3.2. Protocole de recherche n° 2	153
Partie 3 : Résultats des tests	163
Chapitre 7 : Résultats du protocole n°1	163

Chapitre 8 : Résultats du protocole n°2	249
Chapitre 10 : Conclusion	286
10.1. Situer le modèle dans une tradition de recherche	286
10.2. Un nouveau paradigme nécessaire, mais difficile à faire accepter	287
10.3. Des tests réussis, mais une habilitation trop peu connue et conscientisée	288
10.4. Un référent théologique inattendu au cœur du travail de ces nouveaux travailleurs de la santé	288
10.5. Un DThP qui répond à cinq questions sur le travail des aumôniers dans les institutions de santé.....	289
Bibliographie	293

Listes des tableaux

- Tableau n° 1 : **Présentation du paradigme n° 1, p41**
- Tableau n° 2 : **Présentation du paradigme n° 2, p44**
- Tableau n° 3 : **De la compilation à la recherche méthodique de documents, p61**
- Tableau n° 4 : **Recherche de littérature relative à l'élaboration du modèle, p72**
- Tableau n° 5 : **Contextualisation du méta-modèle de Lhotelier et Saint-Arnaud (1994), p75**
- Tableau n° 6 : **Présentation du méta-modèle des aumôniers, p80**
- Tableau n° 7 : **Présentation du méta-modèle relié au modèle STIV / SDAT, p82**
- Tableau n° 8 : **Rappel des six critères du méta-modèle et leur contextualisation, p92**
- Tableau n° 9 : **Guide de réalisation d'une étude de cas, protocole n° 1, p151**
- Tableau n° 10 : **Guide de réalisation d'une étude de cas, protocole n° 2, p158**
- Tableau n° 11 : **Administration du STIV / SDAT, cas de Mme X, recueil d'informations, p174**
- Tableau n° 12 : **Administration du STIV / SDAT, cas de Mme X, analyse de l'entretien, p182**
- Tableau n° 13 : **Administration du STIV / SDAT, cas de Mme X, récapitulatifs des perturbations, p183**
- Tableau n° 14 : **Administration du STIV / SDAT, cas de M Y, recueil d'informations, p203**
- Tableau n° 15 : **Administration du STIV / SDAT, cas de M Y, analyse de l'entretien, p207**
- Tableau n° 16 : **Administration du STIV / SDAT, cas de M Y, récapitulatifs des perturbations, p209**
- Tableau n° 17 : **Administration du STIV / SDAT, cas de Mme Z, recueil d'informations, p229**
- Tableau n° 18 : **Administration du STIV / SDAT, cas de Mme Z, analyse de l'entretien, p232**
- Tableau n° 19 : **Administration du STIV / SDAT, cas de Mme Z, récapitulatifs des perturbations, p233**

Liste des figures

- Figure n°1 : **Plan du dossier ordonné, p3**
- Figure n°2 : **Schéma structural de la prise en charge d'un patient dans l'hôpital, p19**
- Figure n°3 : **Trajectoire de vie de la personne, p24**
- Figure n° 4 : **Schéma fonctionnel lié au paradigme n° 1 montrant les rapports entre les acteurs et les institutions, p39**
- Figure n°5 : **Réarticulation de la spiritualité et de la religion, p48**
- Figure n° 6 : **Schéma fonctionnel lié au paradigme n° 2 montrant les rapports entre les acteurs et les institutions, p51**
- Figure n° 7 : **Les étapes principales de ce projet, p58**
- Figure n° 8 : **Schéma du développement du modèle STIV / SDAT (Partie 1, Chapitre 4, page 5), p89**
- Figure n° 9 : **Schéma directeur de la méthode de Théologie Pratique, p105**
- Figure n° 10 : **Les deux moments et les trois lieux du travail interdisciplinaire d'inspiration constructiviste, p109**
- Figure n° 11 : **Schéma pour illustrer la manière dont la méthode permet d'avancer, p112**
- Figure n° 12 : **Proposition des théologiens sur l'articulation entre spiritualité et religion, p118**
- Figure n° 13 : **la spiritualité comme concept multidimensionnel, p119**
- Figure n° 14 : **Evaluation gériatrique globale, p131**
- Figure n° 15 : **Schéma du projet de recherche « Spi » du CUTR de Sylvana, p133**
- Figure n° 16 : **Les trois étapes du moment de l'intégration de l'aumônier dans l'équipe interdisciplinaire, p134**
- Figure n° 17 : **Modèle des besoins spirituels STIV, p136**
- Figure n° 18 : **Fonctionnement du modèle biopsychosocial en routine clinique, p139**
- Figure n° 19 : **Fonctionnement du modèle biopsychosocial et spirituel en routine clinique, p141**

C'est la théorie qui décide de ce que nous pouvons observer.

Albert Einstein

Remerciements

A mes deux directeurs de thèse, les professeurs Guy Jobin et Pierre-Yves Brandt, pour leur ouverture, leur accompagnement et leur amitié.

A mon épouse et à mes enfants pour leur soutien et leur détermination durant ce long parcours.

A Stéfanie Monod, en souvenir d'une collaboration fructueuse et d'une coconstruction exemplaire.

Avant-propos

Le programme de Doctorat en Théologie Pratique (DThP) de la Faculté de Théologie et de Sciences Religieuses (FTSR) de l'Université Laval donne une chance au praticien de penser sa pratique. Il s'agit donc, dans la pleine acceptation du terme, d'un doctorat professionnel. Le guide de réalisation du DThP (2014, 4) présente cette démarche de la manière suivante :

Se penchant sur sa pratique et sur le milieu où elle se déploie, l'intervenant-chercheur élabore un questionnement qui l'engage dans une recherche menée dans le cadre d'une discipline et d'un programme déterminés, et conduisant à une proposition théologique livrée dans une thèse.

Mais il y a davantage dans l'une des possibilités offerte par ce programme. En effet, le type de DThP « modèle d'intervention » autorise de tester, au moyen du sous-type « élaboration d'un modèle d'intervention », une transformation de la pratique (Guide de réalisation 2014, 11). Cette démarche exige à la fois une modélisation la plus complète possible de la pratique renouvelée et, pour des raisons de comparaison, une modélisation de certains éléments de la pratique de base. L'aumônier praticien chercheur auteur de ce DThP a profité de cette possibilité pour proposer la modélisation d'une nouvelle manière d'être accompagnant spirituel au sein d'une institution laïque de santé.

Un DThP peut aussi faire l'objet d'une présentation originale pour un travail de doctorat, celle d'un dossier ordonné (Guide de réalisation 2014, 99). Les caractéristiques d'un dossier ordonné sont les suivantes :

Une thèse peut prendre la forme d'un dossier formé de différentes pièces relativement indépendantes, pourvu que celles-ci soient ordonnées en fonction d'un projet d'ensemble précis et bien orienté, et qu'on y retrouve les éléments essentiels requis par le programme.

Le lecteur ne sera donc pas surpris de trouver dans ce travail des parties reliées par l'intention qui détermine l'ensemble du geste et nécessaires au développement du projet, mais ayant également leur finalité propre et partant une forme d'autonomie. Autrement dit, le

lecteur ne trouvera pas une matière exposée de façon linéaire, mais plutôt un ensemble de problématiques dont la résolution est nécessaire pour arriver aux buts du parcours.

Chapitre 1 : Introduction

1.1. Trois particularités de ce DThP

Le DThP présenté ici est du type « modèle d'intervention », sous-type « élaboration d'un modèle d'intervention » (Guide de rédaction 2014, 9). Ce type de DThP a beaucoup évolué ces dernières années pour permettre aux praticiens chercheurs de ne pas être contraints de se limiter à l'implémentation de modèles issus des sciences humaines dans une activité ecclésiale (par exemple un modèle pédagogique issu des sciences humaines testé en catéchèse). Le guide de réalisation du DThP daté de 2014 autorise de créer un modèle relatif à une pratique et n'exige plus que celui-ci soit testé dans une pratique ecclésiale au sens strict. Le présent travail est le fruit de cette évolution et ses particularités sont précisément la conséquence de mener une recherche en Théologie Pratique à l'aide d'une modélisation de la pratique.

Trois particularités sont à signaler dans cette introduction avant d'exposer succinctement la matière contenue dans les différents chapitres. La première est qu'un tel DThP a deux centres, le modèle lui-même et la recherche pour réaliser la mise à l'épreuve du modèle (Guide de rédaction, 2012, p 11). Ce travail n'est donc pas uniquement centré sur une question de recherche comme le serait un DThP du type « dissertation » (Guide de rédaction 2012, 9). Une question de recherche apparaîtra au moment de la mise à l'épreuve du modèle, afin d'orienter la manière dont ce dernier sera testé (Guide de rédaction 2012, 11). La deuxième particularité est que la finalité dernière du modèle développé, à savoir produire un discours sur la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée capable de confronter le discours médical ainsi que le plan de soins produit par les membres de l'équipe interdisciplinaire responsable de la prise en charge de cette personne, n'est pas atteignable sans la réalisation d'un nombre importants d'étapes dont l'ensemble excède les buts de ce DThP. La troisième particularité d'un tel DThP est que chaque étape (cf. Partie 1, Chapitre 4) a besoin d'une méthode singulière

(par exemple, le développement du modèle obéit à une autre méthode que celles qui président aux protocoles de recherche mis en œuvre pour réaliser le test du modèle).¹

Ces particularités ont aussi influé fortement sur le choix de présenter ce DThP comme un dossier ordonné (cf. Avant-propos). Cela implique que si chaque partie de ce travail est une condition de possibilité du projet, à savoir le test d'un modèle, elle possède également une ou des finalités propres. Autrement dit, en plus de contribuer aux buts de ce DThP, chaque partie présente une ou des problématiques singulières dont l'exploration et/ou l'analyse génèrent des connaissances utiles pour un approfondissement ultérieur de la ou des problématiques elles-mêmes. Ce qui précède explique pourquoi la distribution de la matière n'est pas toujours linéaire. La présente introduction, sorte de « guide de lecture » doit donc permettre au lecteur de comprendre les liens entre les développements réalisés en vue du test du modèle et de s'intéresser aux problématiques ayant émergés au cours de ce long parcours. Le souhait de l'aumônier praticien chercheur est que d'autres reprennent l'une ou l'autre de ces problématiques en considérant ce DThP comme un chantier dans lequel venir travailler.

Le modèle élaboré dans ce DThP a finalement pris le nom de « modèle STIV / SDAT ». Pour faciliter la lecture, il est souvent simplement fait référence à l'élaboration du « modèle ». Le nom complet « modèle STIV / SDAT » est mentionné lorsque cela est nécessaire à la compréhension du propos.

¹ Dans un dossier ordonné, le système de renvoi interne doit être soigneusement explicité afin que le lecteur retrouve facilement et rapidement les éléments auxquels il est fait référence dans le texte.

Ainsi :

(cf. Supra ou infra, avec indication du numéro de page) indique que l'élément se situe plus haut ou plus bas dans le texte du chapitre en cours de lecture.

(cf. Chapitre X, avec indication du numéro de page) indique que l'élément se situe dans le chapitre X composant la même partie du DThP.

(cf. Partie Y, Chapitre Z, avec indication du numéro de page) indique que l'élément se situe dans le chapitre Z d'une partie différente du DThP.

La figure ci-dessous présente l'organisation de la matière à l'intérieur de ce dossier ordonné :

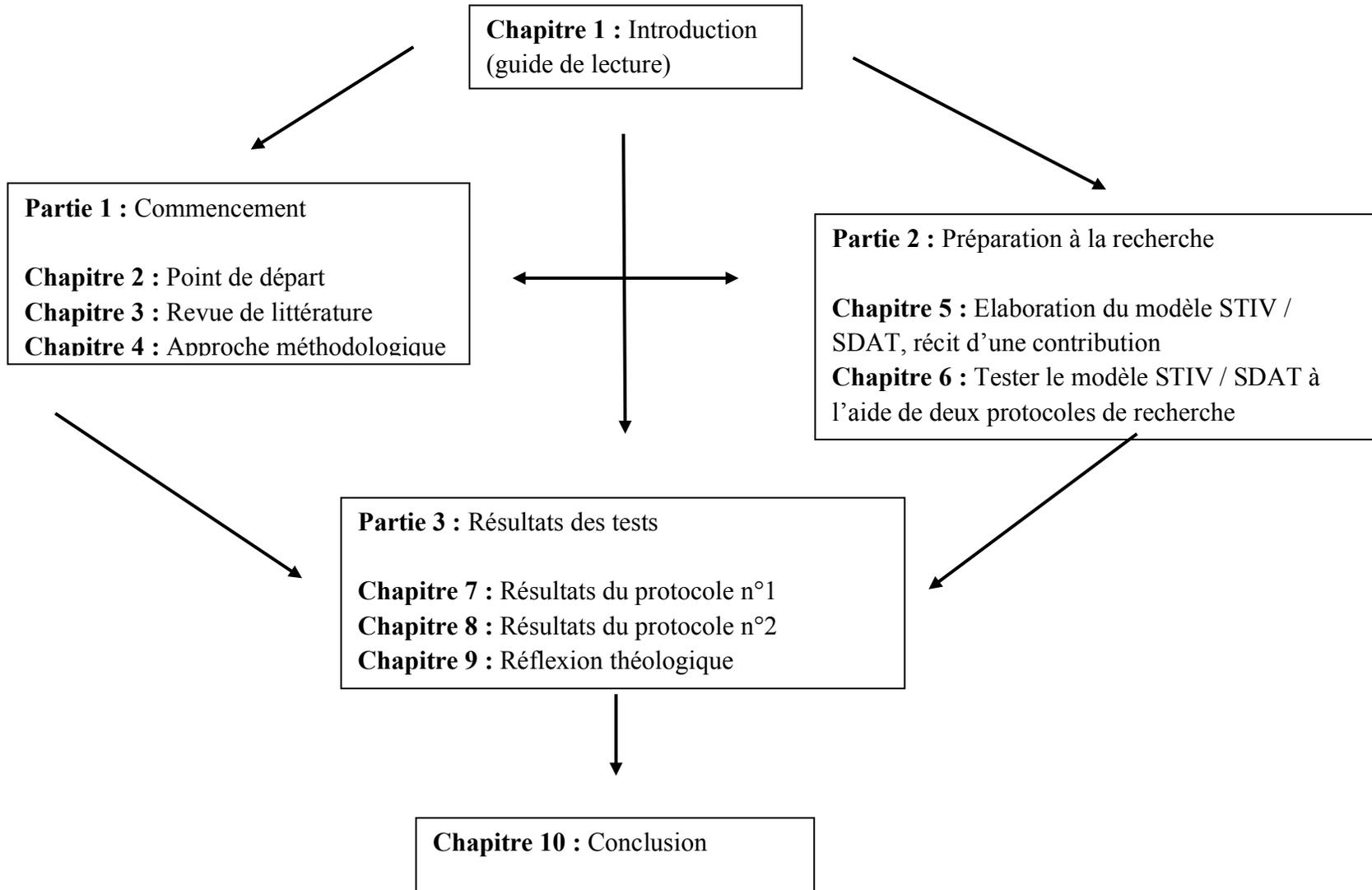


Figure n°1 : **Plan du dossier ordonné**

1.2. Partie 1 : Commencement

Cette première partie est composée de trois chapitres. Ces chapitres sont quelque peu redondants dans la mesure où ils présentent quelquefois, sous des angles différents, les mêmes éléments. Cette partie est d'abord l'histoire du cheminement ayant mené l'aumônier praticien chercheur de la critique d'une manière de pratiquer la pastorale hospitalière à l'élaboration d'un modèle permettant de se considérer comme un travailleur de la santé intégré à l'institution hospitalière (presque) comme les autres. Cette partie est aussi un important travail « d'importation » et de traduction des nombreux développements opérés aux cours des années précédentes dans les cadres épistémologiques du DThP type « élaboration d'un modèle d'intervention » (Guide réalisation 2014, 9).

Le chapitre 2 intitulé « Point de départ » explique la nécessité d'un changement de paradigme en pastorale hospitalière pour être à même de tester un modèle dont l'ambition est de générer un discours sur la dimension spirituelle de la personne âgée hospitalisée capable de concurrencer le discours médical et d'impacter le projet de soins.

Le chapitre 3 intitulé « Revue de littérature » articule deux éléments importants de ce DThP, à savoir une revue de littérature exposant les types de travaux liés à la spiritualité présents dans les trois principaux silos disciplinaires que sont le silo médical, le silo soignant et celui des aumôniers, et le lien entre ces travaux et les éléments du modèle de Lhotelier, Alexandre et Yves Saint-Arnaud (1994) (Guide réalisation 2014, 9) choisi comme « modèle des modèles » par les responsables du DThP.

Le bref chapitre 4 intitulé « Approche méthodologique » explique l'approche méthodologique qui sous-tend les trois moments principaux de ce DThP. Si le détail des méthodes fait partie intégrante des chapitres centrés sur des problématiques précises, ce chapitre permet d'explicitier et de situer certains éléments historiques du développement du modèle, ainsi que les choix opérés par l'aumônier praticien chercheur pour la réflexion théologique (Guide réalisation 2014, 10). Enfin, la conformité du modèle élaboré avec le « modèle des modèles » est démontrée.

En plus des éléments nécessaires aux buts de ce travail, la finalité propre et l'originalité de cette Partie 1 est triple. Premièrement, elle décrit une tentative de problématiser le paradigme actuellement dominant en pastorale hospitalière, et comment ce dernier détermine

l'action des aumôniers dans les institutions de santé. Une telle description en lien avec un modèle d'intervention n'avait pas encore été effectuée. Deuxièmement, le fait que la prise en compte interdisciplinaire de la spiritualité dans les institutions de santé fait émerger et dessine les contours d'une tradition de recherche inédite. Troisièmement, une interprétation de la double fonction de la réflexion théologique dans ce type de DThP (non seulement légitimatrice, mais aussi autocritique) (Guide réalisation 2014,10) qui pointe une manière renouvelée d'utiliser des connaissances issues de la tradition théologique chrétienne dans les soins de santé.

1.3. Partie 2 : Préparation à la recherche

La deuxième partie est composée de deux chapitres. Ces chapitres sont très contrastés dans leur style et dans leur contenu. Ils présentent d'une part le récit de la contribution de l'aumônier praticien chercheur au développement interdisciplinaire du modèle et d'autre part les deux protocoles de recherche qui constituent le test du modèle. Cette partie est aussi l'occasion de montrer la diversité de travaux (ainsi que leurs exigences) qu'a nécessité la mise au point du modèle.

Le chapitre 5 intitulé « Elaboration du modèle STIV / SDAT, récit d'une contribution » raconte la contribution de l'aumônier praticien chercheur à l'élaboration du modèle, cette partie ne figurant pas dans les articles de validation du modèle STIV / SDAT (Monod et collab. 2010 2012). Ce récit est structuré par la méthode de Théologie Pratique développée et utilisée par l'aumônier praticien chercheur à cette occasion. Ce chapitre rend également compte (au moyen de quelques exemples) des difficiles réflexions théologiques effectuées sur les aprioris du modèle par un groupe de théologiens présidé par l'aumônier praticien chercheur.

Le chapitre 6 intitulé « Tester le modèle STIV / SDAT à l'aide de deux protocoles de recherche » est centré sur les conditions de possibilité du test du modèle ainsi que la mise en œuvre de ce test. Ce chapitre commence par la description du contexte général dans lequel se déroule le test. Le chapitre se poursuit par l'exposé du fonctionnement du modèle baptisé « modèle STIV / SDAT » et un exposé détaillé des deux protocoles de recherche prévu pour le tester. C'est aussi dans ce chapitre qu'est introduite la question de recherche qui oriente la réflexion théologique faite à partir des résultats obtenus.

En plus des éléments nécessaires aux buts de ce travail, la finalité propre et l'originalité de cette Partie 2 est triple. Premièrement, la réflexion sur les méthodes en Théologie Pratique et le développement d'une méthode adaptée à l'objet de ce DThP (Dumas 2004, 323). Deuxièmement, les liens entre une posture originale du théologien dans les institutions de santé (et dans l'élaboration interdisciplinaire du modèle) et la double fonction de la réflexion théologique dans ce type de DThP (Guide réalisation 2014, 10). Troisièmement, l'intérêt d'un modèle de prise en charge globale qui intègre la spiritualité et qui teste une réarticulation des dimensions du modèle biopsychosocial et spirituel (Sulmasy 2002 ; Monod 2012, 44).

1.4. Partie 3 : Résultats

Cette dernière partie est composée de trois chapitres.

Les deux premiers chapitres, le Chapitre 7 intitulé « Résultats du protocole n°1 » centré sur la mise à l'épreuve du modèle (Guide réalisation 2014, 11) et le Chapitre 8 intitulé « Résultats du protocole n° 2 » centré sur l'évaluation du modèle par autrui (Guide réalisation 2014, 11), exposent les résultats obtenus par les deux protocoles de recherche.

Le chapitre 9 intitulé « Réflexion théologique », rend compte d'une réflexion sur le pouvoir à l'aide du référent théologique de la Kénose et de comment un référent théologique peut devenir opératoire dans une pratique reliée à la spiritualité et intégrée dans une institution de santé. Cette réflexion est orientée par la question de recherche (cf. Partie 2, Chapitre 6, 143).

Cette Partie 3 n'a pas de finalité propre ou d'originalité dans la mesure où ce qui est exposé fait partie de la prospective de ce DThP.

1.5. Chapitre 10 : conclusion

Le Chapitre 10 propose une brève reprise des problématiques abordées dans ce DThP ainsi que la réponse de ce travail à 5 réponses posées à la pastorale hospitalière.

Partie 1 : Commencement

Chapitre 2 : Point de départ

2.1. L'origine de ce parcours au DThP

Le problème à l'origine de ce parcours doctoral est l'absence dans la pastorale hospitalière telle que pratiquée actuellement au CHUV et en Suisse romande d'un discours sur la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée capable de confronter les autres discours et le plan de soin produits par les membres de l'équipe interdisciplinaire responsables de la prise en charge de cette personne dans l'institution hospitalière.

Pour illustrer ce problème, est reproduit ci-dessous (avec l'autorisation de son auteur) un verbatim récent (2014) rédigé par un homme de 45 ans,² expérimenté en pastorale paroissiale, et qui travaillait depuis six semaines au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) en tant qu'aumônier stagiaire au moment des faits. La particularité de ce verbatim est de reproduire non pas l'entrevue avec le patient (comme c'était initialement prévu), mais l'entretien avec les soignants qui a suivi immédiatement le moment d'échange avec le patient.

Le canevas du verbatim est celui du stage CPT donné à Lausanne.

VERBATIM C

Stagiaire : XXX

Aidé-e (initiales seulement) : YYY

² Compte rendu écrit d'une rencontre rédigé de mémoire par le stagiaire (Odier 2001).

Date d'admission : ZZZ
Age : 27 ans
Sexe : M
État civil : Divorcé et avec nouvelle compagne depuis 4 mois, sans habiter ensemble
Nationalité : Italienne
Préférence religieuse : Pas reçu d'information
Visite à cette personne No : 1
Avec cette personne verbatim No : 1
Date : 02.14
Durée de la visite : 25'
Service : REHH
Etat de santé déclaré : 3^{ème} AVC avec troubles psychologiques
Faits connus avant l'entrevue : rien

Famille - entourage si connus (source : entrevue)

Né en suisse d'un père Sicilien et d'une mère Coréenne. Il m'a également parlé d'un frère. A connu son ex épouse il y a plus de 7 ans, se sont mariés il y a 4 ans. Il y a deux ans, il a eu son premier AVC et c'est durant son séjour à l'hôpital que sa femme l'a quitté. Grande incompréhension des deux familles. Ensuite, durant l'été 2013, 2^{ème} AVC sans lésion cérébrale mais blocage psychosomatique en pleine période du divorce : (les papiers, les dettes, le problème de travail etc.). Il y a 4 mois il a rencontré une femme qui devient pas à pas sa compagne. En novembre 2013 il reprend son travail après 18 mois d'arrêt. Il travaille beaucoup pour gagner de l'argent pour pouvoir remettre sa vie à flot et effacer ses dettes. En janvier 2014 il part avec sa compagne en vacances. De retour il y a 10 jours, tout semble bien aller. Malheureusement il a une 3^{ème} crise, identique à la précédente.

Il m'a décrit le tempérament de son père comme 'Sicilien', cad qu'il agit d'abord et réfléchit après et le tempérament de sa mère comme étant plus réfléchi, cad qu'elle « pose » les choses avant d'agir. Lui-même se sent plus proche du tempérament de sa mère que de celui de son père.

1. INTENTION PASTORALE

Quelle est votre visée pour cette visite et comment pensez-vous l'atteindre ?

- *Je n'avais pas d'intention en allant voir YYY, car je voulais seulement le saluer et lui proposer un rendez-vous.*
- *Comme il m'a accueilli et qu'il avait visiblement envie de parler, je lui ai proposé de m'asseoir. Comme l'heure de l'entretien était proche de celle du repas de midi, je lui ai proposé de définir le mode de fin de l'entretien en fonction de l'arrivée du plateau et il a été d'accord avec cela.*
- *A la suite de cet entretien, il m'a semblé utile d'informer le personnel soignant de deux pistes que j'ai repérées. Je voulais vérifier avec eux ce qu'il serait nécessaire (bon ou utile pour eux) de noter dans le classeur du patient. Mais les échanges m'ont paru bien compliqués.*

•

2. OBSERVATIONS

1. Dans quelle situation se trouve se trouve la personne (apparence, position, gestes, attitude et tout ce qui peut vous intéresser) ?

- *La porte de la chambre est grand ouverte et un rayon de soleil traverse la chambre. Un jeune homme bien bronzé sur son visage et le haut du corps, un bras et une épaule joliment tatoués, le drap recouvrant ses jambes. Il me regarde passer, je reviens alors sur mes pas et m'approche du lit.*
- *Son visage est souriant et j'en profite pour le saluer. Je me présente et il me parle spontanément. Je lui propose de prendre une chaise et il est d'accord. L'échange se passe dans le 1^{er} degré mais il tend des perches sur le 2^{ème} degré. Le plateau du repas arrive*

mais nous sommes dans un moment où l'échange est plus profond. Je lui rappelle notre arrangement mais il me dit ne pas avoir faim et continue son récit. Cela dure encore 10' environ, et là je le sens bien avec ce qu'il a partagé. Je reformule et lui demande si je peux transmettre deux éléments aux soignants. Il me donne son accord.

- *Je repère comme un blocage qu'il exprime avec le mot « abandon ». Ce mot revient plusieurs fois dans l'entretien, à propos de plusieurs situations différentes.*
- *Il a besoin de tourner une page et de trouver un nouveau sens dans sa vie et dans son activité professionnelle, autrement dit il a besoin de réorienter sa vie.*

2. Quelles sont vos émotions et vos impressions au moment où vous entrez dans la chambre ?

- *Dans la joie et sans émotion confuse. Disponible, bien dans ma peau et les pieds sur terre.*

3. ENTREVUE³

A.1. - Bonjour ! (En entrant dans le local des soignants. Je reconnais l'infirmier que je vois de dos et qui travaille à l'ordinateur. Il y a également une femme. C'est la 1^{ère} fois que nous nous croisons et j'observe qu'elle a un badge de médecin).

a.1. - Bonjour ! (Les deux personnes)

A.2. –Je me présente, Je suis XXX, je fais partie de l'équipe de l'aumônerie. Je lui tends la main.

(Nous nous saluons et elle se présente :)

a.2. –Je suis Prénom et Nom, je suis médecin à l'étage et je m'occupe d'un tiers des patients.

³ Dans l'entrevue classique, « A » désigne l'aidant et « a » désigne l'aidé. Dans cette entrevue particulière, « A » désigne le stagiaire et « a » la médecin et l'infirmier. Le stagiaire n'a pas introduit « b » pour distinguer la médecin de l'infirmier, ce qui aurait été souhaitable. Les phrases entre parenthèses mentionnent tout ce qui n'est pas exprimé à voix haute (sentiments, déplacements, réflexions, etc.)

A.3. – *Ah, Du coup, c'est vous qui vous occupez de YYY ?*

a.3. – *Non, c'est mon autre collègue mais elle n'est pas là pour l'instant. (Elle reprend son travail d'écriture dans ses dossiers. Je me retourne alors vers l'infirmier en pensant que le médecin a beaucoup de travail.)*

A.4. – *OK Je viens de lui faire une visite et j'ai entendu des éléments qui pourraient aider l'équipe des soignants et je voudrais voir si c'est bon avant de les noter dans le classeur ?*

a.4. – *(Il se retourne et me demande :) Pourquoi, vous notez des choses dans le classeur des patients ?*

A.5. – *Oui, dans le cadre de la formation, je suis invité à inscrire des éléments qui peuvent être utiles pour le bien du suivi du patient !*

a.5. – *Ah bon ! (Il continue son travail sur son ordinateur).*

A.6. – *(Je lui adresse ma demande :) Ce que j'ai entendu de YYY, les 3 AVC qu'il a vécu difficilement, la séparation avec sa femme il y a deux ans et qu'il s'est senti comme abandonné.*

a.6. – *(Il se retourne et dit :) C'est trop personnel, les patients ont accès à leur classeur.*

A.7. – *Tiens, je ne savais pas cela ! (Je suis surpris et ennuyé par ces propos. De plus, je sens dans sa voix comme de l'agacement, ce qui provoque en moi une attitude de repli). Alors qu'est-ce qui n'est pas trop personnel et en même temps utile dans ce que je vous dis ?*

a.7. – *Je ne sais pas. (Il regarde le médecin qui a levé les yeux. Le médecin me regarde et me dit :) Qu'est-ce que vous voulez noter ?*

A.8. – *Je voudrais redire qu'il a vécu une séparation difficile avec sa femme.*

a.8. – *Cela on le sait déjà et....*

A.9. – *Je sens qu'il vit cet évènement comme un abandon*

a.9. – *ça peut-être*

A.10. – Qu’il prend conscience qu’il devrait recadrer sa vie !

a.10. – Il nous l’a déjà dit

A.11. – Ah, Que le médecin qui le traite l’a rendu attentif au fait qu’il pourrait réorienter son activité professionnelle en cherchant quelque chose qui le passionne plutôt que de lui faire gagner de l’argent

a.11. – Nous le savons déjà

A.12. – Mais j’ai senti qu’il a entendu l’interpellation et qu’il est disposé à chercher dans ce sens et que cela lui apporte un nouvel intérêt, comme un nouveau souffle.

a.12. – ça oui ! Cela peut être utile.

A.13. – Ok, merci de vos précisions. (La médecin s’en va et l’infirmier était déjà parti. Je me prépare à noter dans le classeur. Mais avant je fais comme un brouillon sur une feuille).

a.13. – (L’infirmier arrive et me voyant faire mes notes, il me dit :) vous ne notez pas directement dans le classeur ?

A.14. – Non ! J’assure les choses

a.14. – Vous savez, il ne faut pas avoir peur d’y aller directement.

A.15. – (Je suis surpris mais en fait, je comprends ce qu’il me dit. Mais...)

4. L’ACCOMPAGNANT-E⁴

a. Pourquoi avez-vous décidé de transcrire cette entrevue ?

- *Plusieurs éléments me sont apparus à la suite de cet entretien :*
- *J’ai la conviction qu’il y a dans mes deux observations des éléments qui peuvent contribuer à l’accompagnement de ce jeune et je désire en informer l’équipe soignante.*

⁴ Les parties qui suivent sont centrées sur les réflexions du stagiaire lors de la rédaction de son verbatim.

- *Je rencontre un médecin et un infirmier au local des soignants et je leur demande si ce que je veux mettre dans le classeur est bien utile pour eux. C'est leurs réactions différentes qui m'ont interpellé et a provoqué en moi une instabilité.*
- *J'ai senti une agressivité de la part de l'infirmier et cela provoque en moi une tristesse et en même temps de la colère. Je voudrais comprendre ce qui se passe en moi.*
-
- b. *Qu'avez-vous éprouvé au début, pendant les interruptions, les pauses et à la fin de la visite ?*
 - *Je rentre en hésitant dans le local des soignants car c'est souvent des nouveaux visages. La présence d'une femme médecin que je ne connais pas est un obstacle car j'ai de nouveau un problème d'estime de moi-même face à un médecin.*
 - *Je m'adresse en premier à l'infirmier car je le place à mon niveau et plus proche de ma situation.*
 - *Sa question m'a heurté et blessé et cela a provoqué un phénomène de rejet de lui et de moi-même.*
 - *Cette attitude révèle en moi que je n'ai pas encore conscience et confiance en mes compétences professionnelles*
 - *Je me suis tourné vers le médecin, elle m'a écouté et a pu me dire ce qu'elle savait déjà et ce qu'il serait bon de mettre dans le classeur. Cela m'a rassuré.*
 - *J'ai pu mettre une note dans le classeur et j'en suis heureux, même s'il me reste un petit gout d'amertume.*
- c. *Évaluez vos interventions durant l'entretien:*
 - Quels ont été vos choix ? Comment caractérisez-vous votre intervention*
 - *Je suis entré avec hésitation et en cherchant la voie. Ce trouble donne l'impression que je ne sais pas ce que je veux. Mais alors où est l'espace de recherche ?*

- *Je pense avoir fait une erreur en demandant à l'infirmier s'on avis en la présence du médecin. Je pense que j'aurais du travailler avec le médecin (question de hiérarchie et de responsabilité) et du coup le mettre en mauvaise posture comme personne de référence.*
- *Cela met en avant la question de comment faire alliance avec le personnel soignant ?*

d. Quel rôle avez-vous joué auprès de cette personne ?

- *Apporter mon observation pour le bien et le suivi du patient.*

5. L ' ACCOMPAGNE-E

a. Comment décrivez-vous cette personne : sur le plan psychologique, sur le plan spirituel ?

- *Il me semble que les mécanismes de vie que cette personne utilisent le poussent à bout et la seule solution pour lui de s'en sortir c'est de « disjoncter » (exigeante vie conjugale, divorce et séparation ; remise à niveau).*
- *Regard sur sa vie avec un nouveau point de vue sur lui et son désir nouveau pour lui, pour eux. Recherche de sens.*

6. OPPORTUNITES PASTORALES

Si vous deviez revoir ce patient, quelle serait votre nouvelle intention

- *Visiter avec lui son histoire de vie à partir de ces trois AVC et lui permettre de repérer les points communs et ce qui fait la différence et ce que cela lui provoque comme impression, émotions ou sentiment et ce que cela lui dit de lui.*
- *Permettre de rebondir sur son désir de changement de vie pour voir de quoi s'agit-il, ce qu'il sent, entend ou perçoit.*

7. NOTES au DOSSIER

Si vous écrivez dans le dossier infirmier, qu'avez-vous noté ?

Personne qui a vécu un abandon de son ex-femme au moment de son premier AVC, processus de divorce difficile pour lui, désirs de réorienter sa vie et sa carrière pour retrouver une passion dans ce qu'il vit et fait.

Le lecteur aura sans peine repéré comment ce verbatim, dans l'ensemble de ses parties, illustre parfaitement la problématique exposée ci-dessus (cf. Supra, 7). En effet, les éléments d'information apportés par le stagiaire ne forment pas un discours spécifique sur la dimension spirituelle du patient et encore moins concurrent du discours médical sur ce patient. Pour tenter de trouver une solution à ce problème, il n'est pas question dans ce DThP de proposer des améliorations de cette pastorale hospitalière mais de prendre à frais nouveau le type d'habilitation que les institutions de santé donnent aux aumôniers et le type de responsabilité que ces derniers exercent dans la prise en charge des personnes malades hospitalisées.

L'enjeu de cette démarche apparaît d'autant plus important que la communauté soignante se préoccupe de plus en plus d'une prise en compte (et en charge) de la religiosité et de la spiritualité des patients dans la recherche, la formation et la clinique, et que les représentants des traditions religieuses ne sont que très rarement sollicités dans ces entreprises. En d'autres termes une importante tradition de recherche est en train de se développer (surtout dans les pays anglo-saxons) concernant les liens entre spiritualité, religiosité et santé et, si rien n'est entrepris, les théologiens aumôniers praticiens en seront absents voire exclus (cf. Chapitre 3).

Bien entendu, l'émergence toujours plus forte d'une problématique santé / salut et celle d'un spirituel dit détraditionnalisé (Jobin 2013, 48) a incité des Facultés de Théologie et de Sciences des Religions à entreprendre d'importants travaux pour mieux comprendre, expliciter et critiquer ces phénomènes (Jobin 2013 2015 ; Thiel 2010 ; Rimbaut 2006). Pourtant, une participation directe de théologiens à la recherche biomédicale et soignante sur ces thèmes reste rare, plus rare encore si l'on considère les tentatives de transferts des résultats de la recherche dans la formation et la clinique, notamment dans le monde francophone (cf. Chapitre 3).

La démarche initiée dans ce parcours au DThP du type « élaboration d'un modèle d'intervention » (Guide de réalisation 2014, 9) se veut à la fois une tentative de résoudre le problème cité plus haut et une illustration des enjeux de ce type de participation dans le contexte du CHUV.

2.2. Principales hypothèses qui structurent ce travail

Les hypothèses qui structurent ce travail sont : ⁵

- A. Apporter une solution durable au problème décrit ci-dessus (cf. Supra, 7) nécessite de prendre conscience que le paradigme dominant / principal (ci-après paradigme n°1, cf. Infra, 41) qui sous-tend la pastorale hospitalière locale actuelle ne permet pas d'élaborer cette solution.
- B. Apporter une solution durable à ce problème nécessite l'élaboration d'un nouveau paradigme (ci-après paradigme n° 2, cf. Infra, 44).
- C. Apporter une solution durable à ce problème nécessite d'élaborer un modèle adossé au paradigme n° 2 capable de produire un discours sur la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée dans un langage accessible et compréhensible pour la communauté soignante.
- D. Apporter une solution durable à ce problème nécessite une réflexion par l'aumônier praticien chercheur sur les liens entre le fait d'être reconnu comme expert d'une dimension (et donc habilité par l'institution de santé à faire valoir cette expertise dans l'équipe interdisciplinaire) et le pouvoir.

⁵ J'emprunte cette phrase à Gwenola Rimbaut (2006, 10).

Ces quatre hypothèses forment deux blocs distincts. L'objet de cette introduction est le premier bloc composé des deux premières hypothèses. Les deux dernières hypothèses, soit le deuxième bloc, font l'objet de développements dans le Chapitre 3 ainsi que dans les Parties 2 et 3.

2.3. Introduction au travail sur le premier bloc d'hypothèses (soit les hypothèses A et B)

Le travail sur la plausibilité des hypothèses de ce premier bloc utilise les deux méthodes décrites ci-après.

2.3.1. Méthode de travail sur la plausibilité de l'hypothèse A

Un schéma structural (cf. Infra, 19) composé des principaux constituants en jeu dans la prise en charge d'un patient dans l'hôpital a été élaboré par l'aumônier praticien chercheur suite à la préparation du contrat d'apprentissage et aux conclusions de l'analyse de la littérature (cf. Chapitre 3). Ces constituants sont les référents culturels, les religions et les institutions religieuses, l'institution hospitalière, l'acte de soin (prise en charge de la personne malade hospitalisée), les connaissances et compétences professionnelles de chaque collaborateur (y compris celles relatives à l'inter professionnalité et à l'interdisciplinarité), le « soi » de chaque collaborateur, la relation de soin, les principes et valeurs qui la sous-tendent et la personne malade hospitalisée. Ce schéma permet d'observer comment les constituants sont mobilisés et quels sont leurs rapports (par exemple la tension entre le « soi » et le cadre de références professionnelles d'une infirmière lors d'une réanimation de patient jugée inappropriée aux soins intensifs). Dans le cadre de ce travail sur la plausibilité de l'hypothèse A, ce schéma est utilisé lors de la prise en charge d'un patient par les aumôniers.

Les résultats de l'analyse des observations et des rapports sont exposés et synthétisés au moyen d'un schéma fonctionnel.

La dynamique générale, ainsi que les possibilités et les limites de cette prise en charge d'un patient par les aumôniers permettent de dégager les principaux éléments du paradigme sous-jacent à cette même prise en charge.

L'examen du paradigme n°1 conclut ce travail sur la plausibilité de l'hypothèse A.

2.3.2. Méthode de travail sur la plausibilité de l'hypothèse B

Après avoir situé l'hypothèse B avec deux concepts de la Science Action (Saint-Arnaud 1992), le travail sur sa plausibilité commence par la présentation des principaux éléments d'un nouveau paradigme (paradigme n° 2). Ce travail se poursuit par un exposé sur les conséquences de ce paradigme n° 2 pour les constituants du schéma structural ainsi que pour le schéma fonctionnel utilisé dans le travail sur l'hypothèse A. Le travail sur la plausibilité de cette deuxième hypothèse se termine par une discussion sur l'adaptation possible ou non des constituants du schéma structural à la réalité créée par ce nouveau paradigme.

2.3.3. Présentation du schéma structural

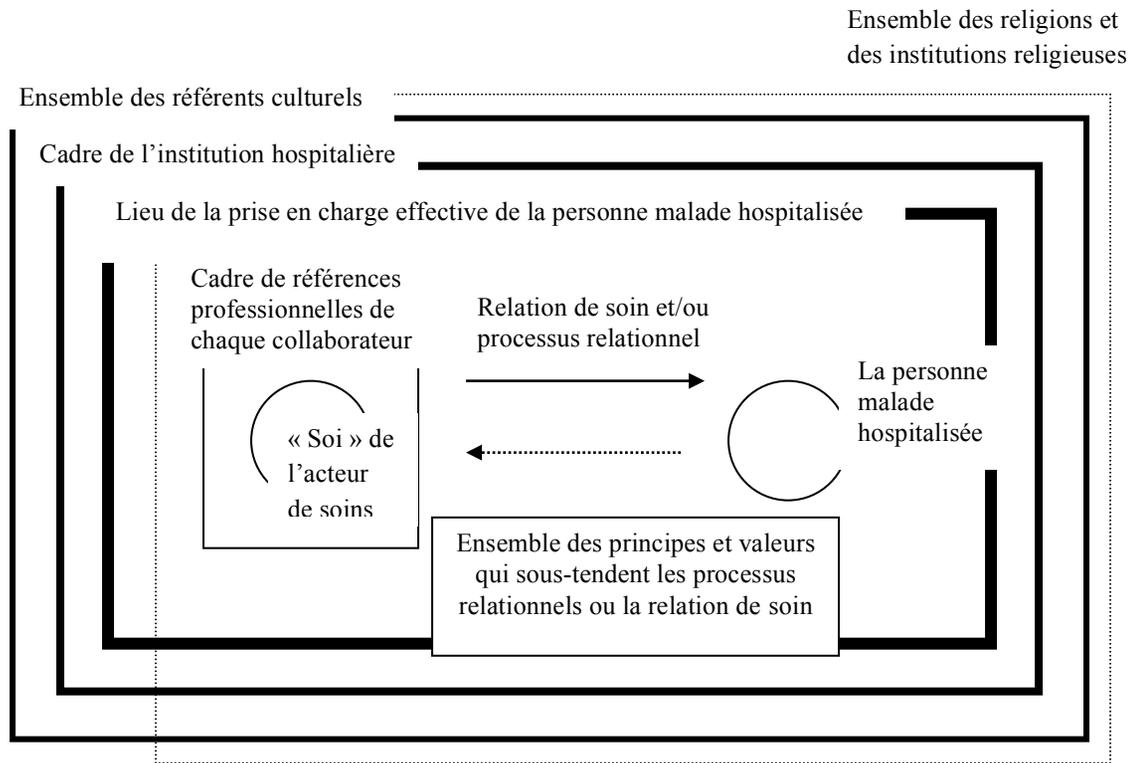


Figure n°2 : Schéma structural de la prise en charge d'un patient dans l'hôpital

2.3.4. Considérations sur les constituants du schéma

Chacun des constituants composant ce schéma a une très longue histoire en termes de développement et un poids considérable dans le soin. Dans le cadre de ce DThP, l'intention de ces considérations est de relever les aspects de ces constituants qui vont jouer un rôle clef dans les rapports en jeu lors de la prise en charge de patients par les aumôniers.

2.3.4.1. Ensemble des religions et des institutions religieuses

Dans le schéma, les religions et les institutions religieuses sont représentées de manière à rendre compte de leur prétention à déborder l'ensemble des référents culturels et à ne pas avoir à tenir compte des autres cadres pour « faire agir » leur vision de la personne malade hospitalisée ainsi que leurs envoyés dans les institutions de santé (cf. annexe 1 ; [sa] 2014 ; Tihon 2004). Le site de l'aumônerie musulmane de Genève illustre bien ce fait. ⁶ En effet, l'entente avec les Hôpitaux Universitaires de Genève, si tout prosélytisme est proscrit, laisse aux intervenants la liberté de tenir compte ou non du fait qu'ils sont dans l'hôpital pour définir l'accompagnement des personnes. En ce qui concerne les institutions religieuses chrétiennes, la théologie pastorale qui a inspiré l'action des aumôniers depuis trente ans est le fruit d'une réflexion mettant en lien des pratiques d'accompagnement pastoral adaptée au milieu de santé et un corpus de textes bibliques, par exemple le texte des disciples d'Emmaüs (Lc 24, 13 – 35). Cette théologie, enracinée dans la théologie de la croix, présente un Dieu qui, au travers de la vie et des paroles du Christ, est d'abord Celui qui accueille la souffrance et la fragilité des personnes malades en partageant leur condition humaine notamment au moment où cette dernière se dit devant un aumônier attentif et aimant.

Les institutions religieuses ont aussi été amenées à réfléchir aux conséquences des progrès de la médecine (contraception, définition de la mort, conséquences des découvertes sur le génome, etc.) et elles devront encore le faire à l'avenir (clonage, homme augmenté, etc.). (Deane-Drummond 2003). Même si, dans notre société, la biomédecine est devenue tellement puissante qu'elle oblige l'ensemble de ceux qui se préoccupent de l'humain à se définir par rapport à elle. Il est d'ailleurs très fréquent que les auteurs qui rappellent que les

⁶ Le lecteur pourra consulter ce site à l'adresse : <http://www.aumoneriemusulmane.ch>

traditions religieuses ont une réflexion millénaire sur la santé et la maladie commencent leurs travaux par une forme de comparaison avec la thérapeutique moderne (Meslin et collab. 2006 ; Larchet 1991 2000). A ce propos, et prenant ces réalités dans un contexte très différent du nôtre, Omar Fassatoui (2013, 5) écrit :

[...]. Dans d'autres contextes dans le monde où la religion est présente au niveau politique et légal, la question biomédicale peut être problématique puisqu'elle peut entrer en conflit avec la normativité religieuse ou la construction religieuse de la réalité sociale. Dans tous les contextes, il incombe au droit positif de répondre à la question biomédicale tout en trouvant un équilibre entre la demande de solutions médicales et les questions éthico-religieuses. L'analyse du droit de la biomédecine dans les contextes étudiées (Egypte, Israël, Tunisie) s'avère être intéressant à plus d'un niveau.

Même les tenants actuels d'une guérison divine au moyen de miracles proches de ceux du Nouveau Testament, et qui sont souvent dans un conflit ouvert avec tout autre médecin que le Christ lui-même, ne peuvent faire l'économie de cette comparaison (Lake 2010).

Dans les institutions de santé, paradoxalement, même « reléguées » (Lemieux 2003) dans la sphère privée des personnes, l'appartenance et la pratique religieuse influencent significativement les soins à certains moments clés de la prise en charge des patients (fin de vie, don d'organes, examens en urgence, IVG, ITG, etc.). Ceci d'autant plus si l'on considère la présence de plus en plus importante de personnes malades hospitalisées issues d'autres religions que la religion chrétienne.⁷

En fait, deux mouvements sont à l'œuvre dans les soins : le premier soutient la possibilité donnée aux personnes malades hospitalisées d'avoir accès aux ressources religieuses de leur choix et de pratiquer leur religion à l'hôpital (Lévy 2008). Les moyens consentis sont généralement justifiés par un travail sur l'autonomie des patients (Schwab et collab. 2009) (et non pas simplement par le respect du désir des patients), en raison des possibles conflits et dilemmes que cette pratique génère.⁸ Le deuxième mouvement est celui créé par la prise de conscience de la communauté soignante (notamment sa composante médicale) que les systèmes de croyances des personnes

⁷ On consultera notamment le site informatif que le CHUV dédie à ces questions : <http://www.chuv.ch/religions>

⁸ Dans deux ateliers animés par l'aumônier praticien chercheur en 2013 sur ce thème, les récits amenés par les soignants relataient sans exception des situations où pratiques religieuses et soins étaient en conflit.

influent sur leur rapport à la maladie, sur les conséquences de cette dernière (douleurs, acceptation de limitations, intégration de la crise globale provoquée par la maladie, etc.) et enfin sur leurs décisions en lien avec les traitements (Koenig 2012; Borneman et collab. 2010 ; AAO 2008 ; Silvestri et collab. 2003).

2.3.4.2. Ensemble des référents culturels

Dans le schéma, l'ensemble des référents culturels (comprenant les cultures soignante et médicale) est représenté comme englobant (et donc déterminant) l'ensemble des autres éléments de la prise en charge du patient dans une institution de santé.

Il s'agit donc de reconnaître que l'ensemble des éléments de la prise en charge sont toujours culturellement déterminés. Ce fait, bien établi par les travaux des anthropologues (Rossi 2007 ; Fainzang 2001), influence significativement le langage, les représentations, les processus thérapeutiques (leur sens et leurs buts) qui relient les soignants et les patients quel que soit le contexte (Chams et collab. 2013 ; Singy 2001).

Les référents culturels font maintenant partie de l'enseignement de base que reçoivent les soignants et les médecins (Guélat 2013), notamment pour la prise en charge de personnes venant d'ailleurs et porteuses de représentations différentes d'elles-mêmes, du monde et de la manière de s'y comporter. Ce fait est bien synthétisé par la définition de Helmann (1994, 45) :

La culture peut être définie comme un ensemble de balises explicites et implicites dont héritent les individus en tant que membres d'une société particulière et qui leur disent de quelle façon voir le monde, l'expérimenter individuellement et s'y comporter en relation avec les autres. [...] Les systèmes culturels, du point de vue écologique, ne sont pas uniquement des outils d'adaptation de l'homme à son environnement mais aussi, sur un plan moins fonctionnaliste, des systèmes cognitifs et symboliques qui structurent la perception et la connaissance de cet environnement.

Mais, dans les faits, les déterminants culturels de la maladie chez les occidentaux sont très peu mis en avant dans la routine clinique. De même, l'existence de déterminants culturels dans les pratiques soignantes (les cultures médicale et soignante) n'est pas vraiment reconnue par les acteurs du soin. En ce sens, les actes de la routine clinique sont repris et interprétés en termes d'organisation,

d'efficacité et d'économicité, mais jamais avec un cadre interprétatif venant de la culture. Pour cela il faut plutôt se référer aux caricatures que des humoristes ont faites.⁹ Une des raisons de cette difficulté à mettre en évidence les déterminants d'une culture des soins est que la société elle-même est une société dite de la thérapie (Illouz 2008). Autrement dit il est tellement « naturel » d'agir, de ressentir et de penser à la fois collectivement et individuellement, dans les diverses sphères de la vie (personnelle, familiale, professionnelle) en fonction d'un but thérapeutique que les cultures soignante et surtout médicale sont comme assimilées par cette culture.

Pourtant, deux aspects remarquables de ces cultures sont à mentionner dans le cadre de ce DThP. Le premier comprend les emprunts que la culture médicale fait au religieux chrétien (Longneaux 2006 ; Clerc 1999) ou encore les liens étroits entre certains buts de la médecine préventive (ou de la santé publique) et certains interdits de la religion musulmane (par exemples la prévention de l'alcool ou encore celle des effets d'une exposition au soleil sur un corps trop dévêtu), et le deuxième regroupe l'ensemble des « rituels » qui façonnent le quotidien d'un hôpital universitaire (les « grandes visites », le rapport au temps, le poids symbolique de chaque profession, etc.).

⁹ On regardera avec plaisir la vidéo faite par les inconnus : http://www.dailymotion.com/video/x2bcgo_l-hopital-les-inconnus_fun et une autre intitulée les médecins professionnels : <https://www.youtube.com/watch?v=xUbCzJd-saY>

2.3.4.3. Cadre de l'institution hospitalière

Dans le schéma, le cadre de l'institution hospitalière est ainsi nommé et placé car il « encadre » toutes les activités de prise en charge. Mis à part l'ensemble de ses prérogatives (gestion des ressources, etc.), l'institution de santé établit aussi des directives institutionnelles. Ces dernières bornent l'activité de soin et rendent manifeste les principes et les valeurs de l'institution (par exemple la directive sur le port de signes religieux dans l'hôpital ou celle sur le suicide assisté). Autrement dit, ce cadre hospitalier n'est pas simplement l'addition des actes des collaborateurs, dans le sens où lui-même est porteur d'une vision et chargé d'une mission (comme le montre bien n'importe quel rapport annuel d'un CHU). Cette vision comprend principalement le construit de la personne malade hospitalisée (biopsychosociale ou biopsychosociale et spirituelle ou biopsychosociale et religieuse) et cette mission s'organise autour d'un schéma que Guy Jobin décrit comme « tellement intégré qu'on ne le voit plus » (Jobin 2010) :

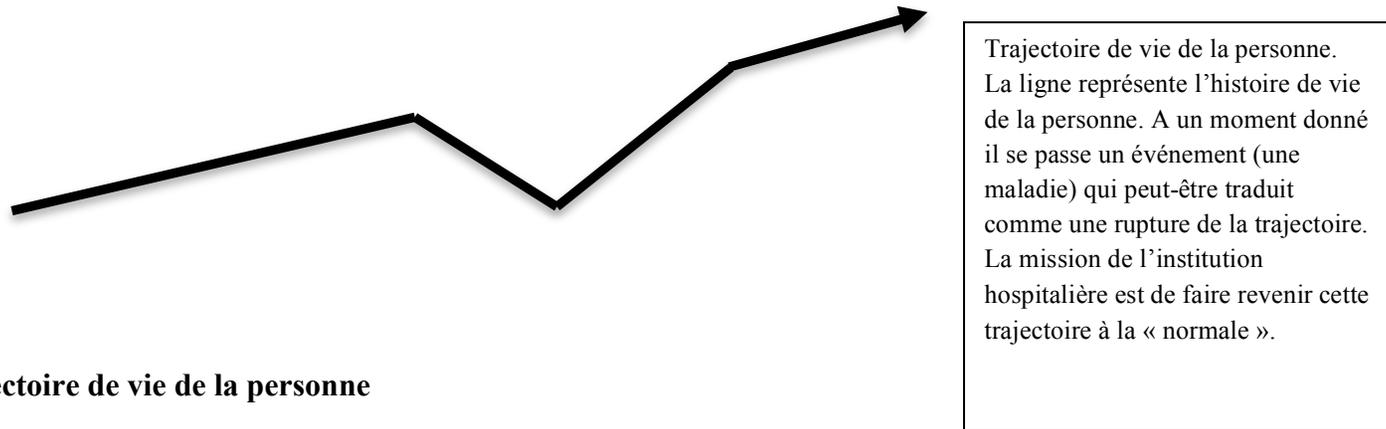


Figure n° 3 : **Trajectoire de vie de la personne**

Pour mener à bien cette mission, l'institution de santé agit les acteurs du soin en définissant des rôles et des cahiers de charge. Enfin, elle habilite ces mêmes acteurs en leur donnant la responsabilité de prendre en charge des ensembles déterminés de symptômes des personnes malades hospitalisées.

Si, dans divers séminaires consacrés à la thématique des liens entre institutions de santé, individu et société, les travaux de Goffman (1979) et son « institution totale » sont souvent pris comme référence, notamment pour tenter de décrypter (trouver un sens) aux relations entre les acteurs et les bénéficiaires, le concept d'institution doit être aujourd'hui élargi et surtout « positif ». Ecrivant à propos de leur « complexité heuristique » Virginie Tournay (2011, 3) donne une vision des institutions qui autorise, légitime et valorise des discours très divers à leur propos. Elle note :

Ainsi, la grande majorité des cadres d'analyse évite de définir précisément où commence et où finit l'institution. C'est un concept flexible, que l'on ne peut « tirer à l'équerre et au compas ». Dès lors, il prédomine une grande plasticité interprétative de ce qui compose la réalité institutionnelle.

« Profitant » de cette sorte de permission, deux hypothèses heuristiques (Moustakas 1990) sont également discutées dans le cadre de ce DThP. D'une part celle de l'existence d'une forme de compétition entre les institutions religieuses et de santé et d'autre part celle que les acteurs du soin ont aujourd'hui une conscience augmentée des rapports entre leur institution, l'individu et la société ainsi que des enjeux de la transformation de ces rapports (cf. infra, 30 ; chapitre 3, 76).

2.3.4.4. Lieu de la prise en charge effective de la personne malade hospitalisée

Dans le schéma, le lieu de la prise en charge effective du patient est l'espace où s'opérationnalisent les protocoles de prise en charge. Chaque prise en charge comporte, pour chaque profession de soin, un ensemble cohérent de manières de faire, de techniques, de communications et d'objectifs.¹⁰

2.3.4.5. Cadre de références professionnelles de chaque collaborateur

Dans le schéma, ce cadre de références professionnelles contient des savoirs – savoir, des savoirs – faire et des savoirs – être. Ce cadre comprend l'ensemble des connaissances et des compétences reliées à l'activité professionnelle spécifique à l'acteur. Ces connaissances

¹⁰ De nombreuses séries télévisées représentent cet espace. On (re)regardera plutôt le film « Patch Adams » pour avoir une juste idée de l'importance de ce « lieu » et de ses liens avec les autres éléments du schéma ; (comédie dramatique américaine de Tom Shadyac avec Robin Williams dans le rôle du Dr. Patch, 1998).

et ces compétences proviennent de trois sources principales : la formation de base, la formation acquise sur le terrain et la systématisation de son expérience (les « recettes » des professionnels décrites par Lhotelier et Saint-Arnaud (1994)). D'autres connaissances et compétences sont également nécessaires à la gestion des interfaces et à la collaboration interprofessionnelle et pour garder des liens sains avec la structure administrative de l'institution de santé.

2.3.4.6. « Soi » de l'acteur de soins

Dans le schéma, le « soi » de l'acteur de soins est représenté par un rond pour manifester le fait qu'il s'agit d'un espace d'une nature différente. Le terme de « soi » est ici considéré comme équivalent à celui de « self », même si le terme de « self » est plus utilisé aujourd'hui, pour des raisons historiques et culturelles, en psychologie et en sociologie (par exemple les notions de « self esteem ou de self control). « Soi » et « self » sont donc utilisés ici avec le même sens, tel qu'il est défini ci- après.

Le terme de « soi » permet, dans son acception moderne (Martinot 2002), d'analyser les interactions de l'acteur de soin avec lui-même, son rôle et l'institution de santé. Un exemple classique est l'analyse de l'impact sur « soi », en tant qu'aumônier, d'une représentation de Dieu différente de la sienne donnée par un patient au cours d'un entretien.

Même si l'ouvrage de Christian Nots (2013) est sans doute inutilement polémique et manque d'une certaine rigueur scientifique, sa définition du « soi » mérite d'être retenue. Nots écrit :

Le soi correspond à l'ensemble des trois grands fondements identitaires-sources et/ou à l'ensemble des processus d'autoréférences identitaires inhérents à soi-même qui sont liés à la fois à notre corporéité, à nos cognitions et à nos représentations sociales. Pour des facilités de compréhension, ce socle d'autoréférences doit être partagé en trois parties – notamment avec le châssis référentiel et/ou matériel du corps, avec le châssis référentiel de la cognition et, pour finir, avec le châssis référentiel des représentations sociales et relationnelles du sujet.

Cependant, la triple matrice du soi général doit être suffisamment unifiée d'un point de vue structural dans le ressenti du sujet tout en gardant simultanément une cohésion temporelle suffisante (notamment au niveau des différentes mémoires du sujet), une

cohésion horizontale ou matricielle suffisante, et, surtout, une cohésion verticale suffisante (ou cohésion auto-noétique) [...]. (Nots 2013, 57)

En effet, cette définition autorise une compréhension élargie de la nature des rapports (souvent des tensions) qui existent entre le « soi » de l'acteur de soins et les autres éléments du schéma et par là un élargissement des options pour les travailler, par exemple au moyen d'éléments de la théorie de l'Analyse Transactionnelle de Berne (1964 1975).

2.3.4.7. Relation de soin et/ou processus relationnel et ensemble des principes et des valeurs qui sous-tendent les processus relationnels ou la relation de soin

Dans le schéma, cette relation de soin et/ou ce processus relationnel et cet ensemble de valeurs et de principes sont représentés comme étant distincts de l'acteur de soins et de la personne malade hospitalisée.

Cet espace fait aujourd'hui l'objet de plusieurs types de travaux (Surbone et collab. 2012 ; Stiefel 2006) de la part de la communauté médicale et d'un enseignement approfondi chez les soignants (Phaneuf 2002). Pourtant, peu de temps est consacré (en dehors des milieux spécialisés de la psychiatrie) aux aspects relationnels et communicationnels de l'alliance thérapeutique dans la routine des soins (Rodondi 2009).

Ce qui se vit et se joue dans cet espace est par contre très étudié dans les stages du type CPT (Valloton 1999 ; Odier 2001). En effet, l'écoute est au centre de l'acte de soin des aumôniers et il est donc normal qu'ils se préoccupent beaucoup de la manière dont l'entretien se déroule et si le patient se sent reçu.

L'institution de santé se préoccupe, elle, de rappeler aux collaborateurs les principes et les valeurs qui doivent soutenir toute communication avec un patient et/ou ses proches (la sollicitude, la compassion, le respect, etc.). Cela n'empêche heureusement pas les réflexions critiques et la formulation de nouvelles propositions pour cet espace (Pirard 2006 ; Zaccai-Reyners 2006).

2.3.4.8. La personne malade hospitalisée

Dans ce schéma, la personne malade hospitalisée est représentée par un rond pour manifester le fait qu'il s'agit bien d'un espace de la même nature que celui du « soi » de l'acteur de soin. Mais, les discours qui vont construire cette personne malade hospitalisée sont, eux, spécifiques (par exemples le discours médical centré sur la biochimie du corps ou celui du physiothérapeute sur l'état fonctionnel de ce même corps).

L'importance et la place prise par la biomédecine dans la société exigent des institutions de santé de prendre en considération une forme de globalité de la personne humaine. Cette globalité est aujourd'hui problématisée par un construit qui fait consensus, à savoir un modèle représentant une personne humaine multidimensionnelle (cf. Chapitre 3). L'ouvrage de Dozon et Fassin (2001, 343) explicite bien ce fait :

Reconnaître que la santé publique est un phénomène culturel et montrer comment elle construit son rapport aux autres cultures, c'était en effet prendre quelque distance par rapport à un monde qui paraît uniquement commandé par les savoirs et les progrès biomédicaux et par le souci supérieur, donc supposé unanimement partagé, de préserver et d'améliorer la vie humaine.

2.4. Travail sur la plausibilité de l'hypothèse A

Hypothèse A : Apporter une solution durable au problème décrit ci-dessus nécessite de prendre conscience que le paradigme dominant / principal (ci-après paradigme n°1) qui sous-tend la pastorale hospitalière actuelle locale ne le permet pas.

Ce travail sur la plausibilité, suivant la méthode décrite ci-dessus, se fera en reprenant deux documents officiels. Le premier est intitulé « Concept d'aumônerie, j'étais malade et vous êtes venus me visiter (Mt. 25, 36) » (cf. annexe n°1). Il a été élaboré par les laïcs et les clercs du Conseil cantonal de l'Aumônerie œcuménique des hôpitaux et cliniques (CAHOSP) et promulgué par les Eglises catholique

et protestante en 2013. Le deuxième document est intitulé « en 4 mots » et il est destiné aux communautés ecclésiale et soignante, aux patients et à leurs proches.¹¹

Il sera ajouté à ces éléments officiels un paragraphe intitulé « brève reprise ». Ces dernières présenteront les constats courants des aumôniers, leurs prises de conscience après quelques années d'exercice et des recettes (Lhotelier et Saint Arnaud 1994) que ces derniers appliquent pour pallier les apories de ces documents et pour rencontrer certaines exigences de l'inter professionnalité vécue sur le terrain avec la communauté soignante. Ces reprises proviendront d'une part de la revue de littérature de ce DThP (cf. Chapitre 3), et d'autre part de « la cueillette de données » effectuée par l'aumônier praticien chercheur lors de l'écriture du contrat spécifique d'apprentissage lors de la scolarité du DThP, l'élaboration de ce document ayant exigé de poser sans les développer certains éléments de ce chapitre. Il ne s'agit donc pas de critiques élaborées par l'aumônier praticien chercheur, mais bien de constatations émises régulièrement par l'ensemble des aumôniers lors des colloques d'équipe ou lors d'échanges informels.

2.4.1. Observations à partir du schéma structural

2.4.1.1. Ensemble des religions et des institutions religieuses

L'analyse du « Concept d'aumônerie » (cf. annexe 1) permet de dégager quatre éléments en lien avec l'ensemble des religions et des institutions religieuses.

Premièrement les Eglises sont l'employeur des aumôniers. A ce titre elles élaborent le type de pastorale dispensé, elles déterminent les cahiers des charges et les pré-requis (formations, expériences, etc.) pour exercer ce rôle dans l'hôpital. Les aumôniers sont donc habilités par les institutions religieuses pour leurs tâches.¹² Deuxièmement, les Eglises (ainsi que les autres communautés religieuses), ayant pris acte de la laïcisation des institutions de santé, proposent des conventions à ces institutions « hôtes » afin de préciser et de régler concrètement les modalités de la présence des aumôniers (leurs envoyés) en leur sein. Par exemples, ces conventions règlent les

¹¹ Ce document est partie intégrante du site <http://www.aumonerie-hopital.ch/index.htm>

¹² Comme le sont (prisons), le seraient (hôpitaux, hautes écoles) des aumôniers musulmans ou juifs.

questions des secrets professionnels et de fonction. Troisièmement les Eglises prennent en compte le fait que, à l'intérieur de l'hôpital, le religieux et le spirituel qui lui est directement rattaché sont « logés » dans la sphère privée du patient. Elles acceptent que ce fait a des conséquences sur le type de travail des aumôniers, à savoir que la pastorale communautaire sera nettement moindre que la pastorale dite de proximité. Quatrièmement, et compte tenu de ce qui précède, les Eglises considèrent que les aumôniers sont non seulement responsables de répondre à la religiosité des patients, de leurs proches et des soignants (ils sont donc porteurs d'un religieux), mais aussi des témoins de la sollicitude et de la compassion de la communauté chrétienne auprès des personnes malades hospitalisées. Cette sollicitude et cette compassion, cœur de l'Évangile, doivent inspirer les aumôniers dans leurs rencontres et leurs accompagnements auprès de tous, patients, famille, soignants, croyants ou non. Les aumôniers sont ainsi conduits à pratiquer très régulièrement d'humbles actes d'humanisation des soins comme par exemple accompagner des familles du comptoir d'accueil aux soins intensifs.

Brève reprise (cf. supra, 29). Chez les aumôniers, la conscience de l'existence de ce premier ensemble constitué des religions et des institutions religieuses est nettement plus importante que chez les autres acteurs de soin. Mais, cela est plus dû au fait que les Eglises restent leur employeur principal qu'à la conscience de l'influence des facteurs religieux dans les soins.¹³ En fait, une part importante des ressources allouées aux services œcuméniques d'aumônerie (et en particulier celui du CHUV) ne vise pas à encourager cette réflexion, mais est consacrée à l'amélioration constante des mécanismes complexes stipulés dans les conventions qui permettent aux Eglises catholique et protestante de délivrer des mandats et d'envoyer à la rencontre des personnes malades hospitalisées et des soignants des aumôniers (pasteurs, prêtres, diacres et laïcs) qui respectent les principes de laïcité des institutions de santé tout en collaborant au mieux avec les équipes soignantes et les responsables des communautés ecclésiales. Autrement dit, beaucoup d'énergie est consacrée à expliquer les réalités de l'institution de santé aux responsables des Eglises et les réalités des institutions ecclésiales aux responsables de l'hôpital, ces deux institutions se voulant les « protectrices » et les garantes de la liberté de choix des personnes malades hospitalisées.

¹³ Une enquête effectuée en 2012 sur la fréquentation du site www.chuv.ch/religions l'a bien montré.

2.4.1.2. Ensemble des référents culturels

Le concept est sous-tendu par deux éléments de la culture ecclésiale. Le premier est le type de gouvernance. En effet, chaque aumônier dépend d'un ensemble complexe d'instances propres aux institutions ecclésiales aujourd'hui (conseils, coordinateurs, etc.) et dont la caractéristique est d'être un mélange de gouvernance idéologique et administrative. Cette gouvernance crée des loyautés souvent « pathologiques » dans le sens où elles ne permettent pas une réflexion sereine sur le type de rôle que les ministres des Eglises peuvent jouer dans les institutions de santé.¹⁴ Le deuxième est le type de pastorale à effectuer dans l'hôpital, qui, même si elle requiert une formation complémentaire et est centrée sur la proximité, est pensée de la même manière que la pastorale paroissiale.¹⁵

Le concept fait explicitement référence à la culture hospitalière sur deux points, celui de la collaboration interprofessionnelle et celui d'une personne malade hospitalisée comprise comme multidimensionnelle.

Enfin, un aspect culturel plus large est aussi présent dans ce concept. Les Eglises citent l'article 169 de la nouvelle Constitution vaudoise qui mentionne « la dimension spirituelle de la personne humaine » comme si cette dernière était encore « naturellement » marquée par la/une religion. Or les enquêtes récentes en sociologie de la religion montrent que ce n'est plus le cas pour un pourcentage très élevé de la population (Baumann et collab. 2009)

Brève reprise (cf. supra 29). Les aumôniers dépendent de la culture ecclésiale et sont « immergés » dans la culture soignante. Ce choc permanent des cultures, qui aurait un potentiel critique de la biomédecine (Jobin 2015), crée plutôt des pensées et des actions paradoxales, comme par exemples penser les rituels (onction, communion, etc.) en fonction d'un mieux-être psycho-social du patient et/ou de ses proches ou les transformer en fonction des impératifs de la médicalisation de la société (Le Grand-Séville 2007).

2.4.1.3. Cadre de l'institution hospitalière

¹⁴ On lira avec intérêt cet article du journal 24H daté du 22 juin 2016 à propos de cette thématique : <http://www.24heures.ch/vaud-regions/raisons-malaise-pasteurs-vaudois/story/11624220>

¹⁵ Ainsi, lorsque les Eglises souhaitent tester de nouvelles formes d'évangélisation, elles sollicitent les aumôniers de la même manière que les ministres de paroisse.

L'institution hospitalière est comprise comme un partenaire pour la mise en œuvre de la pastorale décidée par les Eglises pour les lieux de soins. Ce partenariat est discuté et mis en œuvre dans divers « conseils de site ». Cela présuppose un accueil et un soutien de la part des institutions de soins aux activités de l'aumônerie (accès facilité aux malades et à leur famille, secrétariat, bureau, etc.). En complément, le concept présuppose que les hôpitaux ont une vision globale de la prise en charge des malades, vision qui permettra d'inclure l'activité des aumôniers dans l'offre en soin (mention de l'aumônerie dans le feuillet d'accueil, etc.).

Brève reprise (cf. supra, 29). Les aumôniers ont appris les limites du fait d'être des « invités » dans l'hôpital. Autrement dit, ils ont appris à vivre selon les règles d'une institution laïque de santé, l'hygiène, les rythmes de travail, ou encore les règles touchant à la « protection » des patients (non prosélytisme, acceptation par les aumôniers de tout système de croyances porté par les patients, etc.) sans avoir la possibilité de discuter ces règles.

2.4.1.4. Lieu de la prise en charge effective de la personne malade hospitalisée

Le concept reconnaît la diversité des situations de soin (Urgence, pédiatrie, réadaptation, etc.). Il liste, pour l'ensemble de ces situations, un ensemble de « soins », par exemple « marquer les événements importants par des rites, des gestes significatifs », (cf. annexe 1, 4). Le feuillet « en 4 mots » reprend ces mêmes « soins » tout en les contextualisant et en rappelant la stricte « neutralité » des envoyés des Eglises quant aux types de croyances dont sont porteurs les malades. Il mentionne comme but des « soins » le fait de « puiser dans ces ressources spirituelles l'énergie nécessaire pour traverser la crise provoquée par la maladie ou l'accident ». Le concept recommande aussi une forme d'inter professionnalité, faite « de dialogue, de complémentarité et de compréhension mutuelle » ainsi qu'une participation aux discussions éthiques (cf. annexe 1, 4).

Brève reprise (cf. supra, 29). Les descriptifs d'actes de soins prônés par les documents officiels et les libellés des cahiers des charges n'empêchent pas un sentiment très répandu parmi les aumôniers, celui d'un décalage important entre les visées de la pastorale voulue par les Eglises et le travail d'accompagnement des malades au quotidien. Ce décalage est souvent une source de découragement,

comme il peut se révéler parfois fécond, inspirant créativité et audace, comme certains témoignages d'aumônier le prouvent les travaux de Rouiller (2013), Basset et collab. (2013) et de Collaud et collab. (2010).

2.4.5.1. Cadre de références professionnelles des aumôniers

Le concept de l'aumônerie (Concept de l'aumônerie 2013, 1) nomme explicitement le fait que les Eglises « mettent à disposition » des institutions de santé des « spécialistes » de la prise en compte de la dimension spirituelle des personnes hospitalisées et affirme que ces spécialistes sont formés aux diverses situations de soins présentes dans l'hôpital. Le document « en 4 mots » mentionne quant à lui une formation à l'accompagnement spirituel. Cela présuppose que les aumôniers ont des « compétences propres à l'accompagnement spirituel », mais elles ne sont pas détaillées. Autrement dit, l'agencement du concept ne permet pas de déduire la nature des savoirs pour les activités des aumôniers.

Brève reprise (cf. supra, 29). Les aumôniers font régulièrement le double constat qu'aucune connaissance ou compétence spécifique n'est mentionnée dans les documents officiels à disposition et d'autre part que les offres de formation continue ne mentionnent jamais de formation spécifique (par exemple une formation pour accompagner des personnes malades hospitalisées aux soins intensifs ainsi que leurs proches). C'est pourquoi, les aumôniers, conscients de cette difficulté, s'inscrivent aux formations ou formations continues données par et pour les soignants (notamment en ce qui concerne le deuil et les soins palliatifs) et surtout, se forment à l'écoute et dans des écoles de psychologies (Analyse Transactionnelle, Programmation neurolinguistique, gestalt thérapie, etc.). De plus, nombre d'aumôniers bénéficient d'une supervision (souvent avec un psychiatre) et acquièrent par ce fait quelques savoirs pour la « routine » clinique (par exemple, gérer la distance avec la personne malade hospitalisée et ses proches, identifier les parasitages et/ou les blocages dans une relation, éviter les attitudes de « sauvetage », apprivoiser le sentiment d'impuissance qui surgit fréquemment dans les accompagnements, etc.), comme pour faire face aux situations les plus stressantes du travail, (par exemple la mort d'un enfant). De

plus, ces supervisions sont également utiles pour mesurer l'impact de l'histoire personnelle, de sa théologie et de sa Foi sur son travail d'accompagnant, et pour développer, imaginer et mettre en œuvre des stratégies saines pour intégrer des dynamiques personnelles à son identité pastorale.

2.4.1.6. « Soi » de l'aumônier

Le concept ne dit rien du « soi » de l'aumônier, plus exactement, le concept n'opère pas de distinction entre le cadre de références professionnelles et le « soi » des aumôniers. C'est dans ce sens qu'il faut lire que l'aumônier est « enraciné dans sa foi chrétienne et animé par les valeurs de l'Évangile » (cf. annexe 1). Le document « en 4 mots », de la même manière, mentionne pour sa part des aumôniers comme des « personnes qui, outre des qualités d'écoute, ont un engagement personnel et une réflexion spirituelle profonde ». Par contre, dans les descriptifs de poste et les cahiers de charges, un point mentionne la nécessité d'un ressourcement personnel (des jours sont d'ailleurs réservés dans le temps de travail pour une retraite personnelle par année).

Brève reprise (cf. supra, 29). Là aussi, chaque aumônier, conscient de l'impact que peut avoir son activité professionnelle sur lui-même, prend du temps pour le maintien d'un bon équilibre social et psychique. Pour cela les aumôniers, en plus du ressourcement spirituel et de la supervision (cf. ci-dessus), ont souvent recours à un suivi psychothérapeutique.

2.4.1.7. Relation de soin et/ou processus relationnel et ensemble des principes et valeurs qui sous-tendent les processus relationnels ou la relation de soin

Le concept de l'aumônerie et le feuillet « en 4 mots » expliquent que cette relation de soin est une « rencontre personnalisée », « un entretien personnalisé », une « simple écoute » ou encore « un accompagnement dans une recherche spirituelle ». Quant à l'ensemble des principes et valeurs qui sous-tendent les processus relationnels, le concept et le document « en 4 mots » mentionnent le respect des « spécificités humaines et religieuses de chacun » ou encore celui « des besoins et désirs de chacun ». La confidentialité, l'absence de prosélytisme font aussi partie de cet ensemble.

Brève reprise (cf. supra, 29). Les aumôniers revendiquent à juste titre de bonnes capacités dans la gestion des processus communicationnels et relationnels. Mais, cette relation de soin est paradoxalement le lieu d'un sérieux décalage entre les appellations des documents officiels et les observations faites sur le terrain (par exemple par les stagiaires lors de la semaine d'intégration). Les aumôniers restent donc humbles et prudents dans les appellations qu'ils donnent à leurs visites, parlant simplement de « suivis » ou encore d'« être aussi proches que possible des personnes malades hospitalisées ». Les aumôniers ne se risquent aux appellations des documents officiels que lors des moments de religiosité vécus avec les malades et/ou leurs proches (confession, communion, etc.), ou lors de rencontres particulièrement signifiantes.

2.4.1.8. La personne malade hospitalisée

La personne malade hospitalisée dont parle le concept et le feuillet « en 4 mots » est une personne souffrante, confrontée à une crise qui peut impacter l'ensemble de sa personne et de ses proches. Ce temps de maladie peut « amener à se poser nombre de questions » et « provoquer une rupture » dans l'itinéraire habituel de vie. Cette personne est aussi définie comme ayant des ressources spirituelles et religieuses, ressources à mobiliser pour aider au rétablissement et/ou à l'acceptation de la réalité provoquée par la maladie et/ou l'accident.

Brève reprise (cf. supra, 29). Les aumôniers sont conscients qu'ils ne peuvent plus définir la personne et son vécu avec les termes traditionnels de la religion chrétienne. C'est pourquoi ils utilisent très fréquemment et volontairement le langage relié à la perte ou au deuil pour décrire cette personne malade hospitalisée et son vécu. De plus, les aumôniers considèrent également les grands événements, les expériences marquantes de la vie des malades, et les liens familiaux passés et récents comme autant d'éléments susceptibles d'éclairer le vécu dans ce temps de crise. En ce qui concerne la foi et la spiritualité, mis à part les personnes se déclarant pratiquant et/ou appartenant à une communauté de foi, il existe chez nombre d'aumônier une forme de pudeur liée à l'exploration de cette partie de l'intimité du patient. C'est pourquoi les témoignages relatifs au travail des aumôniers parleront volontiers du « mystère » de toute personne et de la valeur d'une position de non surplomb et de non connaissance de l'accompagnant spirituel (Rosselet 2011).

2.4.2. Analyse des observations et des rapports entre les constituants du schéma structural (cf. supra, 19)

L'analyse des observations et des rapports comprend deux temps comme prévu dans la méthode. Un premier explore les rapports les plus signifiants et les plus déterminants entre les constituants. Un deuxième, à l'aide d'un schéma fonctionnel, permet d'analyser les positions et les rapports respectifs de quatre constituants (l'aumônier, les soignants et les institutions ecclésiales et de santé) afin de dégager les éléments du paradigme n°1.

2.4.2.1. Temps n°1 de l'analyse.

Ce temps d'analyse reprend aussi certaines informations contenues dans le méta-modèle des aumôniers élaborés dans la revue de littérature de ce DThP.

2.4.2.1.1. Plusieurs cultures en présence et en compétition

Le premier résultat de l'analyse est que les aumôniers sont « coincés » entre deux cultures. La culture ecclésiastique détermine (notamment par le type de gouvernance exercée) les lignes de force de la pastorale dispensée par les aumôniers. La culture hospitalière renforcée par la culture d'une société dite de la thérapie détermine également des lignes de force qui transforment les buts de cette pastorale ainsi que les manières de rendre compte de l'agir des aumôniers au sein de l'institution de santé. Ce fait a deux conséquences. La première porte sur le cadre de références professionnelles des aumôniers. Si ce dernier peut contenir, provenant de la tradition de recherche des soignants, une distinction entre spiritualité et religion, la compétition des cultures dont il est victime empêche une conceptualisation et une opérationnalisation de cette distinction dans le « silo disciplinaire » des aumôniers. Ainsi, par exemple, la mention de la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée dans le concept (p.1) n'a aucun impact pratique sur l'agir des aumôniers. La deuxième conséquence de cette compétition des cultures porte sur le rôle symbolique des aumôniers dans le soin (Jobin 2013, 44). Ce dernier est réduit à n'être qu'un facteur parmi d'autres d'un potentiel mieux-être des patients, alors que la recherche biomédicale attribue une place de plus en plus importante aux déterminants spirituels et religieux de la santé.

2.4.2.1.2. Relations interinstitutionnelles

Le deuxième résultat de l'analyse est que les aumôniers ont un champ d'action limité du fait des liens actuels entre les institutions ecclésiales et de santé. La première adapte ses exigences en fonction des impératifs de la deuxième, ainsi tout le jeu inter institutionnel a pour but de rendre possible et de faciliter un travail pastoral traditionnel dans les différents services de soins ; (l'impossibilité d'établir le contrat d'apprentissage de l'aumônier praticien chercheur reste un symptôme majeur que, pour les institutions religieuses, la pastorale de la santé est une pastorale générale habituelle adaptée aux exigences de laïcité des institutions de santé). De plus, et cela compliquait, complique et compliquera l'analyse « des besoins du milieu », (Guide réalisation 2014, 9) les institutions de santé elles-mêmes (en particulier le CHUV) se satisfont encore à ce jour de cet état de fait.

2.4.2.1.3. Inter professionnalité limitée

Le troisième résultat d'analyse est que, en lien avec ce précède, les aumôniers ne font pas partie de l'équipe soignante qui discute et établit le plan de soin. Les membres de l'équipe soignante ne sont pas tenus de solliciter l'aumônier, les demandes sont soit celles des patients et/ou des familles ou le fait d'un soignant agissant à titre individuel, (quelques rares exceptions, à la demande des familles, pour l'orchestration du mourir et de la mort).¹⁶ Les actes de « soins » prodigués par les aumôniers sont fondés sur les effets positifs pour le patient et/ou ses proches, pour le vécu dans la crise et pour les liens et le dialogue avec le monde hospitalier de la rencontre et de l'accompagnement. Le dialogue avec les soignants n'est donc pas formalisé et surtout, dans cette conception, n'a pas d'impact attendu (qui définirait une forme d'efficacité) dans la prise en charge des malades.

A partir de là, toujours en lien avec ce qui précède, il est facile de comprendre premièrement l'autonomie complète de la **Relation de soin** initiée par les aumôniers, et deuxièmement la coïncidence seulement partielle entre la vision de **la personne malade hospitalisée** des aumôniers et celle des soignants ainsi que la non coïncidence entre la vision de la globalité du malade des médecins et celle des aumôniers.

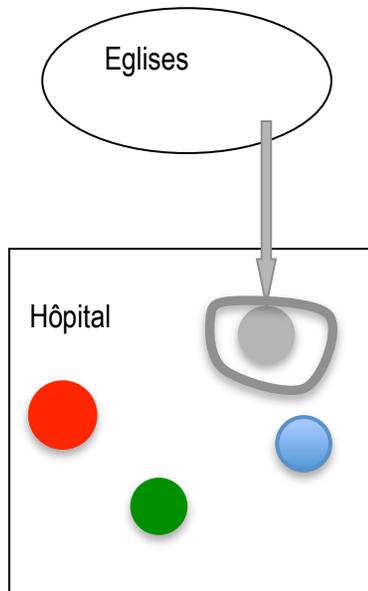
¹⁶ L'illustration la plus frappante de ce fait est la participation d'aumôniers à la formation des médecins à l'utilisation d'un outil relationnel conçu pour inviter les patients à parler de leur lien avec le religieux et/ou le spirituel, sans que ne soit imaginé en parallèle une collaboration formelle entre médecins et aumôniers.

2.4.2.1.4. Liens entre le cadre de références professionnelles et le « soi » des aumôniers

Le quatrième résultat d'analyse est que la non séparation entre la personne de l'aumônier en tant qu'elle est son « outil » de travail et ses compétences est préjudiciable à l'établissement d'un rôle bien défini. Les stages de formation de type CPT (Odier 2001 ; Vallotton 1999) permettent, dans une perspective d'approfondissement de la pastorale traditionnelle, d'acquérir des compétences dans la gestion des processus relationnels et de maintenir (par une meilleure connaissance de « soi » en relation) une tension raisonnable entre le « soi » et le travail pastoral en général. L'existence de cette tension, même reconnue par les aumôniers, ne postule pourtant pas l'existence d'un cadre de références professionnelles, mais plutôt un lien et une tension entre le « soi » et le cadre de la prise en charge de la personne malade hospitalisée. Par voie de conséquence, chaque aumônier a ses manières de faire, ses idées et ses recettes pour savoir « quoi faire pour bien faire ». Elles ne font jamais l'objet d'un retour critique, ni par les pairs, ni par les membres de l'équipe soignante

2.4.2.2. Temps d'analyse 2

Le schéma fonctionnel est composé des institutions, du mandat ecclésial (flèche) et des différents acteurs de soin en présence.



Ce schéma rend compte de la dynamique générale entre les constituants à la lumière des quatre résultats de l'analyse.

L'endroit où le mandat ecclésial passe la frontière de l'hôpital est le lieu important de ce schéma, le lieu de l'interface entre les institutions ecclésiastique et de santé. Le lieu où se négocient les conventions et les conditions pour que les « pasteurs » puissent avoir accès à l'ensemble des personnes malades hospitalisées dans de bonnes conditions.

Le jeu inter institutionnel, alimenté par la compétition des cultures, a pour conséquence que le mandat ecclésial détermine non seulement le cahier des charges de l'aumônier, mais surtout délimite dans l'hôpital un territoire indépendant, qui suit les déplacements de l'aumônier et à l'intérieur duquel l'aumônier se meut.

L'inter professionnalité est marquée par le fait qu'aumôniers, soignants et médecins se parlent à partir de deux territoires différents et avec des construits différents de la personne malade hospitalisée. Cela réduit le dialogue à un échange d'informations.

Figure n° 4 : Schéma fonctionnel lié au paradigme n° 1 montrant les rapports entre les acteurs et les institutions

2.4.2.3. Paradigme n°1

Ce qui précède permet d'établir le paradigme ci-après. Ce paradigme prend en compte d'une part les aumôniers et d'autre part les médecins, en tant que ces derniers sont responsables du plan de soins des personnes malades hospitalisées et ayant le poids symbolique le plus grand dans l'institution de santé.

Caractéristiques de la pastorale hospitalière	Aumôniers	Médecins
<p>Dans cette pastorale, les deux caractéristiques principales sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aspects d'une religiosité vécue avec les personnes malades hospitalisées appartenant à la même communauté de foi que l'aumônier. - rencontre sociale et/ou accompagnement le plus significatif et aidant possible pour la personne malade hospitalisée au nom des valeurs de l'Évangile. 	<p>Aspect idéologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eglises et Hôpitaux en accord pour que les religiosités se vivent dans les institutions laïques de santé avec un minimum de contraintes. <p>Aspect pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - possibilité de faire une pastorale traditionnelle comme en paroisse tout en utilisant les ressources acquises par une formation de type CPT (Clinical Pastoral Training) <p>Aspect interprofessionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aucune ingérence possible dans la sphère médicale (même au plan de l'éthique) si ce n'est l'éventuelle transmission de questions ou d'informations. - parler de la personne malade hospitalisée à l'aide des langages transversaux (étapes de deuil par exemple) en plus de donner l'information sur le faire religieux (rites, etc.) 	<p>Aspect idéologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en corrélation de la religiosité avec la santé ; (nombreuses études sur ce sujet) <p>Aspect pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - possibilité d'utiliser les sets de questions comme par exemple ceux du FICA (Puchalski 2006) pour entrer en dialogue avec les patient-e-s sur les sujets de la religion et/ou de la religiosité. <p>Aspect interprofessionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aucune ingérence possible dans la sphère religieuse (même au plan de l'éthique) si ce n'est l'éventuelle transmission de questions ou d'informations. - parler de la personne malade hospitalisée à l'aide des langages transversaux (étapes de deuil par exemple) en plus de donner

		l'information sur le faire médical (examens, etc.)
--	--	--

Tableau n° 1 : **Présentation du paradigme n° 1**

2.4.2.4. L'hypothèse A est-elle plausible ?

Le paradigme A qui sous-tend la pastorale hospitalière locale actuelle permet-il de produire un discours sur la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée capable de confronter les autres discours et le plan de soins produits par les membres de l'équipe interdisciplinaire responsables de la prise en charge de cette personne dans l'institution hospitalière ?

La réponse est non. La première raison est que les aumôniers ne sont habilités ni à produire un tel discours dans l'institution de santé ni à contribuer au plan de soins. En admettant que (comme en Amérique du Nord), les aumôniers soient intégrés dans l'institution de santé, il existe deux autres raisons pour lesquelles la réponse est non. Cette deuxième raison est que la non coïncidence entre les construits de la personne malade hospitalisée des aumôniers et des médecins empêche compréhension et confrontation des discours et définition du plan de soins par les uns et les autres. La troisième raison tient au fait que, dans ces conditions, aucune amélioration, soit du travail des médecins, soit du travail des aumôniers, soit de la compréhension de la vision et de la mission des uns et des autres, ne permet de changement.

L'hypothèse n°1 a donc un bon niveau de plausibilité.

2.5. Travail sur la plausibilité de l'hypothèse B

Hypothèse B : Apporter une solution durable à ce problème nécessite l'élaboration d'un nouveau paradigme (ci-après paradigme n° 2) pour la pastorale hospitalière.

2.5.1. Situer ce nouveau paradigme (paradigme n° 2) par rapport au paradigme n° 1 avec deux concepts de la science action.

La question a souvent été posée de savoir si le modèle au centre de ce DThP était « simplement » un réaménagement de plus de la pastorale hospitalière habituelle et de son paradigme. Une réponse claire a pu être donnée en se référant aux idées et concepts de la « science action » d'Argyris et Schön présentés par Yves Saint-Arnaud (1992, 87). Pour Saint-Arnaud, citant toujours Argyris et Schön, il existe deux solutions dans ce type de démarche. La première, appelée « solution de type 1 », consiste en l'amélioration d'un modèle existant. La deuxième, nommée « solution de type 2 », consiste en un changement de paradigme qui change également le modèle à partir duquel se réalise l'action d'un professionnel dans un champ donné. Une « solution de type 2 » est à développer lorsqu'un praticien bute sur d'importantes difficultés pour accomplir son travail en utilisant le modèle habituel d'intervention et, de plus, lorsque ce même professionnel est incapable de savoir si les problèmes rencontrés sur le terrain proviennent du modèle lui-même ou des correctifs que lui ou d'autres ont apportés à ce modèle. Autrement formulé, lorsqu'un intervenant, porteur d'une intention claire pour son action, constate que le modèle habituel d'intervention (même profondément remanié), ne lui permet pas de résoudre le problème posé et d'atteindre son but, il est alors nécessaire de créer un nouveau paradigme et de changer le modèle de travail.

Le paradigme n° 2, les conséquences sur les constituants du schéma structural et le schéma fonctionnel et le modèle STIV / SDAT au centre du DThP ont été pensés, développés et testés comme une solution de type 2.

2.5.2. Présentation du paradigme n° 2

L'origine de ce paradigme n° 2 se situe dans le « méta-modèle relié au modèle STIV / SDAT » (cf. revue de littérature de ce DThP). Le but de ce paradigme est de travailler les constituants du schéma structural et de réarticuler les éléments du schéma fonctionnel de manière à permettre l'émergence d'un modèle qui solutionne le problème à la base de ce DThP. Dans ce paradigme n° 2, les aumôniers dépendent de l'institution de santé et sont immergés dans la culture soignante. Les institutions religieuses ne jouent plus de rôle, si ce n'est celui de mettre effectivement (cf. concept p1) des personnes à la disposition de l'institution de santé. L'intention qui porte le travail des aumôniers est transformée, leurs connaissances et leurs compétences sont complétées. L'interdisciplinarité devient

également un élément incontournable pour penser les actions de soins et, par voie de conséquence, le construit de la globalité de la personne malade hospitalisée se transforme aussi. Ce paradigme n° 2 relève également l'impact sur les autres acteurs et le plan de soins de l'intégration de ces travailleurs de la santé d'un autre type.

2.5.3. Principaux éléments du paradigme n°2

Conditions de possibilité pour un fonctionnement renouvelé	Aumôniers	Médecins
<p>Trois conditions principales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - reprise de la vision bio-psycho-sociale en ajoutant la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée (Sulmasy 2002 ; Jobin 2015). - élaboration et travail sur les besoins reliés à la dimension spirituelle. - élaboration et travail sur le statut du « sujet » dans l'hôpital. 	<p>Aspect idéologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conceptualisation de la dimension spirituelle avec élaboration d'un diagnostic relatif à la détresse spirituelle - élaboration de plans de traitements spécifiques et interprofessionnels <p>Aspect pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluation structurée de la dimension spirituelle - élaboration d'interventions spécifiques et interprofessionnelles - standards de travail <p>Aspect interprofessionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ingérence (confrontations multiples possibles) dans la sphère médicale (même au plan de l'éthique) - parler de la personne malade hospitalisée à l'aide d'un langage spécifique - rendre compte des interventions 	<p>Aspect idéologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intégration de la dimension spirituelle dans le construit médical de la personne malade hospitalisée - élaboration de plans de traitements spécifiques et interprofessionnels <p>Aspect pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élargissement de l'anamnèse - recours à un spécialiste - études sur l'impact de la prise en compte et en charge de la dimension spirituelle dans la prise en charge globale <p>Aspect interprofessionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ingérence (confrontations multiples possibles) dans la sphère spirituelle (même au plan de l'éthique) - parler de la personne malade hospitalisée à l'aide d'un langage spécifique - rendre compte des interventions

Tableau n° 2 : Présentation du paradigme n° 2

2.5.4. Considérations sur les constituants du schéma structural

Les éléments du paradigme n° 2 amènent les considérations suivantes sur les constituants du schéma structural. Ces considérations comprendront aussi une liste de ce à quoi sont invités à accomplir les aumôniers et les institutions pour rendre possible le test du modèle STIV/SDAT.

2.5.4.1. Ensemble des religions et des institutions religieuses

Ce nouveau paradigme fait que les institutions religieuses ne délivrent plus de mandat, elles envoient et financent des personnes dont elles ne définissent plus la vision de la personne malade hospitalisée, ni les buts des actes de « soins ». De même, elles ne déterminent plus la mission générale et les cahiers des charges des aumôniers. Elles bénéficient par contre des réflexions de théologie pratique (articles, thèses, etc.) sur l'importance du religieux pour les malades et dans le plan de soins, et elles ont accès aux travaux et discussions sur l'élaboration continue et interdisciplinaire du soin du fait de la contribution possible de leurs envoyés (réflexions éthiques, travail sur des thèmes comme le pouvoir, le miracle, etc.).

Dans ce nouveau paradigme, les institutions religieuses sont invitées à faire confiance à leurs envoyés, même s'ils n'agissent plus selon les « canons » d'une pastorale traditionnelle, et à différencier la théologie pastorale de la théologie pratique. Enfin elles sont surtout conviées à changer leur attitude défensive et à accepter que leur gestion actuelle de l'aumônerie hospitalière va finalement à l'encontre des causes qu'elles défendent. Dans la prospective de ce DThP (cf. Partie 3, Chapitre 9, 278), l'aumônier praticien chercheur nommera et discutera quelques conséquences sur le devenir du mandat pastoral et l'identité de l'aumônier dans ce contexte.

2.5.4.2. Ensemble des référents culturels

Ce nouveau paradigme repose sur la possibilité d'acquérir une conscience culturelle (Ildikó et collab. 2007) et donc qu'un ensemble de référents culturels peut être conscientisé et transformé. En effet, des aumôniers en tant qu'intervenants obligent les autres acteurs de la communauté soignante à une réflexion critique sur les référents culturels qui les pensent et les agissent. De même, l'habilitation

d'aumôniers par une institution de soins a des conséquences sur l'élucidation des référents culturels à l'œuvre dans l'ensemble de l'activité soignante, par exemples les emprunts de la culture médicale aux traditions religieuses.

Ce nouveau paradigme laisse donc une invitation à une conscience accrue des référents culturels de l'ensemble de la communauté soignante ainsi qu'à un travail en profondeur de transformation d'une partie de ces référents.

2.5.4.3. Cadre de l'institution hospitalière

Ce nouveau paradigme restera « lettre morte » si l'institution de santé n'acceptent pas d'habiliter les aumôniers à être responsable d'un ensemble de symptômes relié à un construit renouvelé de la globalité de la personne malade hospitalisée (construit biopsychosocial et spirituel) (cf. Partie 2, Chapitre 5). Beaucoup d'étapes doivent encore être franchies avant une telle reconnaissance. C'est pourquoi les institutions de santé sont d'abord invitées à accepter d'abriter des projets cliniques, de formation et de recherche visant à démontrer la faisabilité et l'intérêt d'une telle intégration. Elles sont aussi invitées à revisiter les figures du soin (par exemple celle du shaman), à réfléchir les conditions d'une interdisciplinarité qui ne soit pas réduite à une simple multidisciplinarité et à retravailler les cadres épistémologiques d'une médecine psychosomatique où la composante « psy » n'est pas réduite à la psychologie moderne.

2.5.4.4. Lieu de prise en charge effective de la personne malade hospitalisée

Ce nouveau paradigme transforme ce lieu en profondeur. D'une part les aumôniers travaillent selon une logique soignante (procédure structurée d'évaluation et d'intervention) et d'autre part les équipes soignantes intègrent des nouveaux acteurs de soins. Ce lieu est aussi celui d'une réflexion continue en éthique sur des thèmes provenant des progrès de la biomédecine comme par exemples ceux de la limite ou du dilemme entre autonomie et bienfaisance (Benaroyo 2006).

Ce nouveau paradigme transforme le travail des aumôniers dans l'hôpital, mais il invite surtout les équipes de soins à conscientiser et à réfléchir comment sont élaborés les plans de soins des patients et à y intégrer la dimension spirituelle. L'ensemble des démarches d'intégration de la spiritualité dans les soins devraient ainsi être reconsidérées.

2.5.4.5. Cadre de références professionnelles des aumôniers

Dans ce nouveau paradigme, le cadre de références professionnelles des aumôniers contient une théorie sur la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée et une autre sur le construit de la globalité à la base de l'élaboration des plans de soins. Il contient également des connaissances de base des divers domaines des acteurs de soins et des connaissances approfondies dans le champ de l'interdisciplinarité. Ce cadre contient enfin des compétences pour l'évaluation de la dimension spirituelle et des compétences pour intégrer les résultats de cette expertise à la prise en charge interdisciplinaire de la personne malade hospitalisée. Les aumôniers rejoignent ainsi ce « sujet qui se constitue par l'appropriation des conditions de son action » (Lemieux [sd]).

Mais, la transformation la plus importante qu'implique ce nouveau paradigme pour le cadre de références des aumôniers est la réarticulation de la spiritualité et de la religion (Rochat 2014).¹⁷ Cette réarticulation consacre le fait que les aumôniers centrent leur action sur un construit de la dimension spirituelle conçu comme un « cas général », la dimension spirituelle des patients devenant alors un cas particulier.

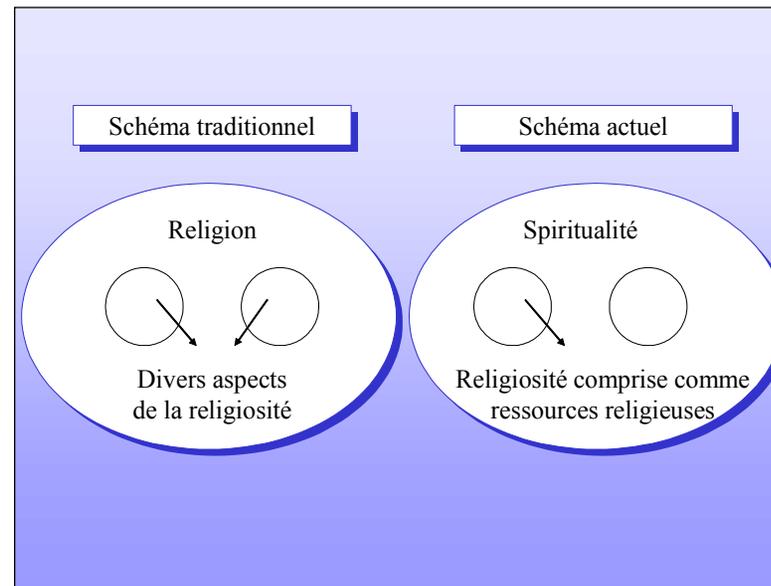


Figure n° 5 : **Réarticulation de la spiritualité et de la religion**

¹⁷ Dans le schéma ci-dessus, la religiosité est conçue comme l'ensemble des pratiques (rites, etc.) propres à une religion donnée (Rochat 2014)

Ce nouveau paradigme invite donc les aumôniers à apprendre de nouvelles manières de faire et à agir selon une logique soignante. Cela implique apprendre la valeur et l'importance de maintenir une relation de soin saine quelles que soient les difficultés rencontrées, développer des modes relationnels différents en fonction de l'intention (reprise et traduite professionnellement) de la rencontre. Les aumôniers acceptent aussi que leur cahier des charges soit déterminé par l'intégration dans la prise en charge biopsychosociale et spirituelle de la personne malade hospitalisée et que ces cahiers de charge comprennent une participation active à des projets cliniques, de formation et de recherche, notamment sur les déterminants religieux et spirituels de la santé. Il y a, dans ce dispositif, une possibilité de montrer la valeur d'une herméneutique théologique chrétienne capable d'opérer un travail critique sur l'ensemble des pratiques soignantes. Enfin, comme tous les acteurs de soins, les aumôniers sont invités à acquérir les connaissances et compétences nécessaires pour établir un lien sain avec l'institution de santé (administration, procédures, etc.) et ainsi réussir leur immersion.

2.5.4.6. « Soi » de l'aumônier

Ce nouveau paradigme impose une séparation nette entre les convictions personnelles des aumôniers et leur rôle dans le plan de soins des personnes malades hospitalisées. Comme mentionné plus haut, les aumôniers sont invités à se donner les moyens de maintenir une tension raisonnable entre leur « soi » et leur cadre de références professionnelles.

2.5.4.7. Relation de soin et/ou processus relationnel et ensemble des principes et valeurs qui sous-tendent les processus relationnels ou la relation de soin

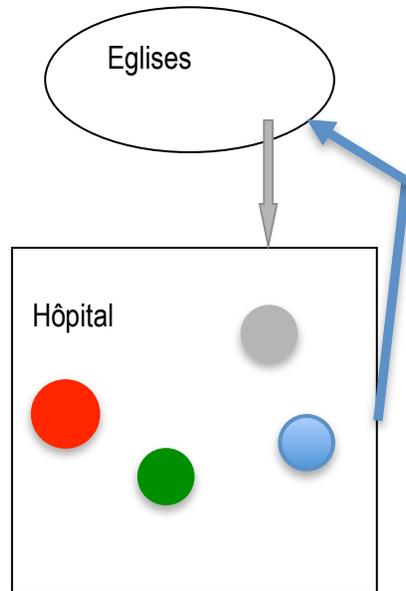
Dans ce nouveau paradigme, la relation de soin est tributaire d'une logique soignante qui n'est pas celle que les aumôniers pratiquent habituellement. En 1991, Robert Dagenais écrivait sa crainte que les aumôniers ne soient victime de cette logique et ne perdent leur spécificité (Dagenais 1991, 75). En fait, vingt-cinq ans plus tard, les aumôniers sont invités à relever le double défi d'intégrer cette logique soignante et d'apporter dans cet espace de nouvelles options (par exemple apprendre aux soignants la distinction entre être centré sur les problèmes d'une personne et être centré sur la personne elle-même). Cela est possible s'ils sont habilités à le faire et qu'ils ont des propositions qui reposent sur des résultats probants issus de leurs programmes de formation et de leurs recherches.

2.5.4.8. La personne malade hospitalisée

Dans ce nouveau paradigme, la personne malade hospitalisée est considérée à la fois comme un « sujet » et en même temps comme un construit global biopsychosocial et spirituel.¹⁸ Les aumôniers sont invités à penser les conséquences du déplacement de la normativité religieuse des institutions vers les individus eux-mêmes dans le sens où ce déplacement a pour conséquence que le religieux est réinvesti dans la construction d'une spiritualité qualifiée d'identitaire par les milieux de soins. La conceptualisation de la dimension spirituelle n'en devient que plus importante. Par exemple, la contribution des aumôniers à un construit de la transcendance à même de garantir dans les soins un espace d'altérité assez vaste pour les malades qui souhaitent l'exprimer et faire valoir l'impact que cette transcendance a sur leur devenir.

¹⁸ Dans l'institution de santé, la notion de « sujet » est définie avec des concepts juridiques (capacité de discernement, etc.).

2.5.5. Schéma fonctionnel engendré par les considérations sur les constituants du schéma structural



Ce schéma rend compte de la dynamique générale entre les constituants à la lumière des considérations ci-dessus.

Dans ce deuxième schéma fonctionnel, le mandat pastoral s'arrête à la « frontière » de l'hôpital et ne détermine pas l'action de l'aumônier dans l'institution de santé. Ce nouveau positionnement de l'aumônier, s'il est habilité par l'institution de santé, permet de participer à l'élaboration du plan de soin à partir d'une expertise reconnue de la dimension spirituelle du patient.

Il n'y a plus de compétition des cultures et le cahier des charges de l'aumônier est tributaire de son intégration dans la prise en charge interdisciplinaire de la personne malade hospitalisée.

Figure n° 6 : Schéma fonctionnel lié au paradigme n° 2 montrant les rapports entre les acteurs et les institutions

2.5.6. L'hypothèse B est-elle plausible ?

Le travail sur la plausibilité de l'hypothèse B montre que le paradigme n° 2 proposé induit un changement très important pour le travail des aumôniers et également, potentiellement, des changements dans la prise en charge des personnes malades hospitalisées. Ces changements sont-ils recevables par les institutions ecclésiales et les aumôniers ? Ces changements sont-ils acceptables par les institutions de santé et les acteurs de soins ?

2.5.6.1. Ensemble des religions et des institutions religieuses

Cet ensemble est le plus malmené par ce développement et c'est le lieu qui semble avoir le plus à perdre en termes de pouvoir et d'influence. Ce qui devra être montré à cet ensemble est que le religieux garde une place importante dans ce développement. D'une part parce que les attentes religieuses des personnes malades hospitalisées sont toujours honorées, mais aussi parce que ces attentes auront la possibilité d'être intégrées dans un plan de soins adaptés. Par ailleurs, il devrait être possible d'utiliser des référents des traditions religieuses non seulement dans les discussions éthiques (comme la mythologie grecque l'est très souvent (Delbrouck 2008)) mais aussi dans des discussions sur la définition même du soin (Jacquemin 2005). Enfin les bénéfices mentionnés ci-dessus devraient largement compenser les pertes.

Ces arguments devraient donc rendre recevables ce développement par les institutions religieuses, même si elles sont moins présentes (puissantes ?) qu'elles ne le souhaitent généralement.

2.5.6.2. Cadre de références professionnelles des aumôniers

Les acteurs de soins (aumôniers compris) sont capables de s'adapter et d'apprendre par le moyen de programmes de formation et de protocoles de recherche clinique. Les mutations rapides des techniques de soins en apportent chaque jour la preuve. Il est donc possible pour les aumôniers d'apprendre de nouvelles théories et de nouvelles manières de faire. La difficulté se situe plus dans les tensions multiples créées entre le « soi » des aumôniers, les loyautés créées avec les Eglises et les actions induites par les nouveaux éléments de leur cadre de références professionnelles. Ces tensions peuvent être ressenties très durement pour les aumôniers et leur donner l'impression de « trahir » leur engagement et de désert leur vocation. Les aumôniers sont invités à obtenir de leur Eglise une forme de permission (de bénédiction ?) pour tester dans des conditions psychologiques acceptables un nouveau modèle (cf. Partie 3, Chapitre 9, 279).

2.5.6.3. Cadre de l'institution hospitalière

L'importance de la recherche médicale et soignante sur le thème de la spiritualité, l'ouverture de nombre de chefs de service à une sensibilisation de leur équipe à la thématique de la spiritualité dans les soins et l'acceptation récente de la direction générale du CHUV d'abriter au sein de son département Formation et Recherche une Plateforme Médecine, Spiritualité, Soins et Société (Plateforme MS3) sont autant de signes que des projets de recherche clinique allant dans le sens de ce paradigme n° 2 recevraient les appuis nécessaires dans l'institution de soins. Les confrontations induites par ce nouveau paradigme seraient sans doute acceptables à moyen et long termes dans l'institution de soins si les aumôniers accumulent assez de résultats probants pour convaincre les responsables institutionnels de les habiliter et de les rendre responsable d'un ensemble de symptômes.

Par ailleurs, ce développement va aussi dans le sens d'un rééquilibrage voulu par la direction générale du CHUV entre une médecine dite de pointe et une médecine dite de la personne. Les déclarations allant dans cette direction se multiplient depuis l'avènement de la médecine dite personnalisée consistant en une adaptation fine des traitements (par exemple contre le cancer) à l'aide du séquençage du génome du patient. Les projets reliés à l'intégration de la spiritualité dans les soins semblent compris comme une composante importante pour dépasser les difficultés de plus en plus nombreuses d'une médecine asservie à une rationalité technique où la personne malade hospitalisée, malgré les efforts louables de certains acteurs de soins, est réduite à un corps/machine.

2.5.6.4. Cadre de références professionnelles des soignants

Nombre de soignants ont une conscience aujourd'hui accrue du fait que les personnes sous leur responsabilité vivent des moments très importants de leur vie. Les plaintes de soignants et de médecins de n'être pas capables de prendre ce fait en compte, entendues quotidiennement, donnent à penser que leurs connaissances et leurs compétences sont insuffisantes pour traduire cette conscience dans un plan de soins. Le développement induit par ce paradigme vient heureusement élargir leurs options de prendre en compte « plus que le corps malade » tout en n'ajoutant pas une responsabilité à leur travail (la responsabilité étant du ressort des aumôniers). En ce sens, tout indique que les membres de la communauté soignante seraient partie prenante d'une intégration d'un nouveau type de « travailleur » de la santé doté d'un champ d'expertise défini.

2.5.6.5. Niveau de plausibilité de l'hypothèse B

Ce qui précède montre qu'un déploiement de ce paradigme n° 2 devrait permettre théoriquement à un aumônier d'utiliser un modèle à même de produire un discours sur la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée dans un langage compréhensible pour les soignants et capable de confronter, dans le cadre d'une interdisciplinarité vécue, les autres discours et le plan de soins. Au plan théorique, le niveau de plausibilité de l'hypothèse n° 2 est donc élevé. Mais, il est facile de constater qu'il sera nécessaire d'être stratégique, opiniâtre, imaginatif, rigoureux et surtout patient pour que le déploiement de ce paradigme dans l'institution de soin permette de tester un modèle à même de solutionner le problème à la base de ce DThP.

Au plan pratique, le niveau de plausibilité de cette deuxième hypothèse est donc plus difficile à évaluer. Néanmoins, le temps semble favorable pour effectuer des tests, et les parties 2 et 3 de ce DThP devraient donner quelques indications sur l'avenir de ce « geste » (cf. Partie 2 et Partie 3).

2.6. Conclusion

2.6.1. Discussion sur l'« ajustement aux besoins du terrain » du modèle de ce DThP

Un des critères de validation d'un DThP « élaboration d'un modèle » est l'« ajustement de ce modèle aux besoins du terrain ». ¹⁹ Le lecteur aura remarqué que cet « ajustement » n'est pas le même si l'on adosse la pratique au premier paradigme ou au deuxième paradigme (cf. supra, 41, 44). Autrement dit, nommer « les besoins du terrain » dépend de la définition / de la construction de ce terrain et de la manière dont l'aumônier s'y inscrit. En effet, les besoins du terrain ne sont pas les mêmes si celui-ci est assimilé au territoire négocié par les institutions ecclésiales ou s'il s'agit de l'espace de soins tel que défini par l'institution de santé.

¹⁹ Cf. note 3

Actuellement, les « besoins du terrain » relatifs aux constituants du schéma structural sont actuellement toujours nommés à partir du paradigme n° 1 et de potentielles améliorations à lui apporter, ceci tant par l'institution de santé que par les institutions ecclésiales. Le choix de travailler sur une solution de type 2 a pour conséquence que ce n'est pas sur ces besoins là que portent les protocoles de ce DThP. C'est pourquoi, dans les conclusions finales de ce dossier ordonné, devra figurer une partie qui valide « des besoins du terrain » que les institutions en présence n'avaient pas encore définis. Autrement dit, les besoins reliés au terrain balisé par le paradigme n° 2 font partie des résultats de ce parcours au DThP et non de son point de départ.

2.6.2. Discussion sur la transformation de l'intervenant depuis le début de la démarche (première partie)

L'aumônier praticien chercheur que je suis devra décrire et expliquer l'impact sur son « soi » des tests du modèle au centre de ce DThP. Mon bilan personnel fait lors de la scolarité de ce DThP, (pratique d'accompagnement en aumônerie hospitalière de plusieurs milliers d'heures, formations longues en Analyse Transactionnelle et à la supervision, et plus de 150 heures de psychothérapie) indique d'une part ma connaissance de la pratique des aumôniers induite par le paradigme n° 1 et d'autre part que je suis bien préparé à faire face aux changements que j'ai moi-même voulu et provoqué (cf. chapitre 3).

Durant ce parcours au DThP, j'ai opéré une première transformation importante. Mon désir de montrer l'intérêt du modèle élaboré, et les compétences acquises ces dernières années m'ont fait développer quelques préjugés sur la pratique traditionnelle des aumôniers et sur mes collègues. La transformation a été de lutter intelligemment contre ces préjugés. Cette lutte « au dedans et au dehors » m'a conduit à montrer, dans les travaux, l'existence, la valeur et les limites du modèle relié au paradigme n° 1 tout en travaillant sur les mêmes aspects pour le paradigme n° 2 et le modèle STIV / SDAT (cf. Partie 2, Chapitre 5, 138) Mes collègues aumôniers ont reconnu mes efforts et ont pu ainsi se situer plus facilement.

De plus, ce parcours au DThP sera l'occasion de rendre compte de deux moments transformation. Le premier est lié aux deux protocoles (cf. Partie 2, Chapitre 6) servant à tester le modèle STIV / SDAT. En effet, ces deux protocoles m'impliquent en tant qu'enseignant, animateur de stage et superviseur pour une pratique d'aumônier nouvelle pour les stagiaires. En d'autres termes, ces

deux protocoles m'ont projeté dans un rôle nouveau pour moi dont je devrai décrire l'impact en retour, notamment en termes de transformation.

Le deuxième moment viendra aussi à la fin de l'écriture du travail théologique sur la kénose. En effet, ce travail impliquera des analyses sur des questions sensibles, par exemples sur les liens entre responsabilité dans le soin et pouvoir, ou encore sur le type de reconnaissance professionnelle obtenue dans cette nouvelle posture d'aumônier. Ce travail théologique aura donc des conséquences directes sur moi-même, induisant des transformations importantes sur le type de place à avoir dans une équipe et auprès des malades.

Partie n°1 : Commencement,

Chapitre 3 : Revue de littérature

3.1. Introduction

Contrairement à ce qui est prévu dans le parcours habituel au DThP, cette revue de littérature est déposée à la fin du parcours doctoral. Comme cet état de fait n'est pas le résultat d'un choix de départ, il est important de l'explicitier. Il s'agit donc de faire un exercice de relecture du travail documentaire effectué jusque-là qui permette d'expliquer ce fait et de déterminer ainsi les caractéristiques et la fonction d'une revue de littérature à ce stade du cheminement.

Plusieurs raisons sont à l'origine de ce bouleversement dans la chronologie habituelle des travaux encadrant ce DThP du type « modèle d'intervention », sous type « élaboration d'un modèle d'intervention », (Guide de réalisation 2014, 9) et qui présente un modèle d'évaluation de la détresse spirituelle chez les patients âgés hospitalisés en Réadaptation gériatrique.

3.2. Deux raisons qui expliquent pourquoi cette revue de littérature n'est pas présentée au début du parcours au DThP

La première raison est que l'élaboration d'un modèle dont le but final est la transformation d'une pratique (dans ce cas un essai de renouvellement d'une pratique de pastorale hospitalière) présuppose d'une part une connaissance sérieuse d'une partie importante de la littérature relative aux thématiques principales touchant cette pratique, dans ce cas celle spécifique aux aumôniers ainsi que celle touchant à « la spiritualité dans les soins » ou à « la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée » issue de la communauté soignante, et d'autre part une lecture critique de cette littérature.²⁰

²⁰ Depuis les débuts de l'élaboration du modèle (2004), plus de 600 documents relatifs à la « spiritualité dans les soins » ont été recensés et plus de 2000 études ont été examinées au moment de notre revue systématique de littérature (Monod, 2010). Jobin (2013, 5) montre également la progression exponentielle des publications recensées dans la banque de données PUBMED passant de une en 1980 à 1195 en 2010.

Par ailleurs, la méthode pour élaborer ce modèle comporte plusieurs étapes. Chaque étape nécessite une recherche de littérature spécifique et proportionnée à son importance dans le travail et aux connaissances déjà à disposition. Cette recherche de littérature dépasse donc celle centrée sur les thématiques décrites ci-dessus, mais porte également sur les conditions de possibilité du fonctionnement du modèle dans un milieu donné (par exemples : les liens entre un acteur et son système ou encore l'importance des institutions).

Le schéma ci-dessous illustre cet état de fait. Les quatre boîtes représentent les quatre étapes principales de ce projet. Les formes des boîtes dénotent la nature différente de ces étapes. Les étapes 1 et 2 forment le travail de préparation, l'étape 3 celle de l'élaboration et de la préparation pour l'utilisation et l'étape 4 est celle du test du modèle. Comme mentionné ci-dessus, les étapes 1 et 2 nécessitent une recherche documentaire différente que les étapes 3 et 4.

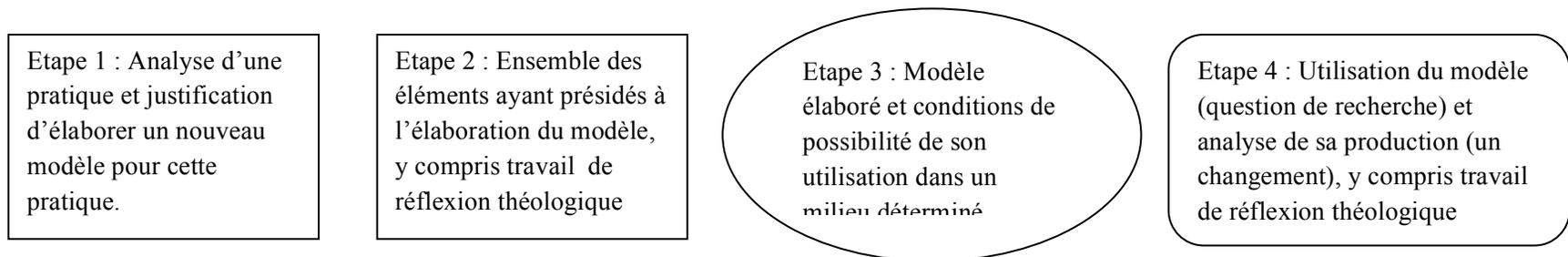


Figure n° 7 : **Les étapes principales de ce projet**

A titre d'exemples, en ce qui concerne ce « modèle d'évaluation de la détresse spirituelle chez les patients âgés hospitalisés en Réadaptation gériatrique », voici quelques questions posées au cours des étapes de l'élaboration du modèle : « faut-il chercher les modèles déjà existants ? Faut-il chercher des références sur la détresse spirituelle en milieu de santé, en particulier chez les patients

âgés ? Faut-il se pencher sur ce que signifie le terme « évaluation » dans ce même contexte de la spiritualité ou des besoins spirituels dans les soins ? Faut-il se centrer plutôt sur les échelles d'évaluation de la spiritualité déjà utilisées dans des contextes différents, sachant que ces échelles ne sont pas le fait de théologiens ? Faut-il se centrer sur les conditions de possibilité pour l'utilisation par des théologiens d'une telle procédure en milieu de santé ? Enfin, les travaux théologiques exigés dans ce DThP se font à l'aide de thèmes qui devraient sans doute faire l'objet d'une recherche documentaire approfondie ? ».

Autrement dit, dans le contexte particulier de ce DThP, l'élaboration d'un modèle et son test dans la pratique exigent une première recherche documentaire qui pourrait être qualifiée de primaire et un choix pour une deuxième recherche qui pourrait être qualifiée de secondaire.

La deuxième raison est que l'élaboration d'un tel modèle étant bornée par le méta-modèle de Lhotellier et Saint-Arnaud (1994,105), le choix pour une deuxième recherche est compliqué par la nécessité de conserver au centre de la recherche les thématiques principales du modèle développé (par exemple *spiritual assesment*) et par celle de les mettre en corrélation avec les caractéristiques principales de ce méta-modèle (par exemple la caractéristique intitulée une « structure de relation »), y compris deux éléments tirés des principes de la Science Action qui doivent également caractériser le modèle. Dans le présent cas, la décision d'élaborer un modèle qui soit compris comme une « solution de type II » (Saint-Arnaud 1992), c'est-à-dire un modèle qui rompt avec les modèles précédents en s'adossant à un nouveau paradigme (cf. Chapitre 2, 22), a pour corolaire l'obligation pour l'aumônier praticien chercheur de proposer des solutions originales aux difficultés rencontrées dans le travail d'élaboration et de création.

Ce qui précède implique donc un travail de recherche documentaire étalé dans le temps, et explique la rédaction tardive de ce qui est devenu une petite histoire de recherche de littérature.

3.3. Petite histoire de la recherche de littérature en cinq étapes

Cette histoire comporte cinq étapes. Ces étapes ne sont pas délimitées uniquement dans le temps, mais également par une volonté de l'aumônier praticien chercheur de connaître l'importance de la thématique dans le monde du soin, l'évolution des projets à l'intérieur du « projet SPI » du CUTR de Sylvana (Rochat 2015) et le développement du modèle STIV/SDAT.

3.3.1. Etapes une et deux : de la compilation à la recherche méthodique de documents

Le tableau ci-dessous présente les deux premières étapes de cette histoire.

Etapes et caractéristiques	Aumônerie œcuménique du CHUV	Groupe de recherche constitué par S. Monod et E. Rochat	Co directeurs de thèses	Bases de données et recherches ciblées (mémoires, thèses, etc.)
<p>Etape 1 : compilation 1995 à 2008 : en tant qu'aumônier au CHUV 2009 à 2011 : dans le début du parcours au DThP Cette compilation est triple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en commun des ressources documentaires des aumôniers experts de l'accompagnement spirituel en milieu de santé - première recherche de littérature avec les mots clefs, en anglais et en français, « spiritualité, religion et santé » par S. Monod et E. Rochat - mise à disposition des travaux des co-directeurs de thèse 	<p>Recherche « tous azimuts » (monde francophone et anglo-saxon) de documents relatifs à « l'accompagnement spirituel en milieu de santé » et « au religieux et au spirituel dans les soins », constitution d'une banque de données de plusieurs centaines de titres (livres, articles, rapports, conférences, etc.) sans classification. Autrement dit, recherche non systématique et non ciblée.</p>	<p>Reprise et adaptation du rapport au Groupe Label CTR (Rochat 2004) et première reprise critique de la littérature médicale sur la thématique en vue du développement et de la validation du STIV/SDAT (Monod et collab. 2006 2007 2008 2009 2010 et Rochat 2005 2006)</p>	<p>Lecture et travail sur les documents produits par les deux co-directeurs de thèse. Notamment les travaux de Guy Jobin relatifs à l'éthique clinique (Jobin 2006) et au rôle de la spiritualité dans les soins et sa critique (Jobin et collab. 2009), et ceux de Pierre-Yves Brandt sur les liens entre le soi, le spirituel et le religieux dans la maladie psychique (Brandt et collab. 2009) et le coping religieux des patients atteints de schizophrénie (Mohr et collab. 2006 2007).</p>	<p>Utilisation des bases de données Pubmed, Psycinfo, et CinHal pour trouver des références sur les thèmes spiritualité et santé afin d'introduire les travaux sur le SNM et STIV/SDAT (Monod et collab. 2009 2010).</p>

<p>Etape 2 : recherche ciblée de littérature 2009 à 2011. Cette recherche cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les recommandations pour des changements dans le travail des aumôniers. - les standards de formation et de travail des soignants. - les instruments de mesure de la spiritualité chez les médecins. - les modèles de pastorale hospitalière élaborés par des aumôniers (recherche centrée sur l'existence de modèle). 		<p>Revue systématique des instruments de mesures et d'évaluation du « bien-être spirituel /spiritual well being » dans la littérature médicale (Monod et collab. 2011).</p>		<p>Principales bases de données consultées pour la revue systématique (Monod et collab. 2011) : PUBMED, CINHALL, PSYCHINFO, EBM. Découverte de deux modèles (Fitchett 2002; Rimbaut 2004).</p>
--	--	---	--	--

Tableau n° 3 : **de la compilation à la recherche méthodique de documents**

3.3.1.1. Résultats de ces deux premières étapes

La consultation d'une partie de la littérature permet de dégager l'existence de trois traditions de recherche au sens de la définition suivante : « A research tradition may be defined as "a group of scholars who agree among themselves on the nature of the universe they are examining on legitimate questions and problems to study and on legitimate techniques to seek solutions." These traditions may be mixed, borrowed from each other, continually transformed, and are most often developed in a particular academic discipline.» (663studygroup [sd]). Autrement dit, et comme mentionné dans cette citation, même si aucune de ces traditions n'est « étanche » par rapport aux autres et qu'elles présentent toutes des zones plus ou moins importantes de recouvrements, notamment dans le construit du concept de spiritualité, elles possèdent des différences significatives, tant aux plans des intérêts et des aprioris qui guident la recherche

que des essais de transfert des connaissances à la clinique (Jobin 2013, 9). Ces trois traditions sont celle des aumôniers, celle des médecins et celle des soignants.²¹ Elles sont brièvement présentées ci-dessous.

3.3.1.2. Tradition de recherche des aumôniers

Cette première tradition de recherche est caractérisée par trois types de travaux distincts et peu interconnectés :

Le premier type est constitué par des recherches conceptuelles sur divers thèmes.

Le premier thème est celui des liens entre un spirituel dit laïc et un spirituel relevant d'une tradition religieuse. Certains théologiens tentent d'une part de rendre compte de la distinction entre spiritualité et traditions religieuses et d'autre part de (re)tisser des liens entre ces réalités. Il ne s'agit pas de reparler avec les sociologues de la religion des liens entre vécus spirituels actuels et sécularisation ou encore détraditionnalisation des croyances (Jobin 2009 2013), mais, concrètement de se situer dans cette réalité dont la communauté soignante est un des témoins les plus visibles (Pépin et collab. 2001 ; Cherblanc et collab. 2013). Schneiders (2003, 165) tente de réfléchir des passerelles entre religions et spiritualités, écrivant que : « [...] *a contemporary person who takes seriously the spiritual quest on the one hand and the real resources and problems of religion on the other can situate her or himself in our religiously pluralistic environment with integrity, freedom, and responsibility* ». Plus proche de la réalité des soins, Gwennola Rimbaut (2004 2006) reconstruit un lien entre un spirituel laïc et un spirituel chrétien au travers d'une médiation, celle du travail de Denis Vasse sur le don. Marie-Jo Thiel (2010), après avoir refait une partie de l'histoire des termes et de la séparation entre spiritualité et religion, discute les possibles et les conséquences d'un tel état de fait tant pour la réflexion contemporaine sur le soin que sur le plan pratique. Enfin Guy Jobin (2013) montre comment ce spirituel laïc ou ce spirituel dans les soins vient de « quelque part » et comment il est enraciné dans un courant de pensée illustré par l'œuvre de Rousseau et les travaux de William James. Par ailleurs, dans les essais de rendre compte de ce thème, Jobin est un des rares à montrer comment la biomédecine influe sur la définition et les normativités de ce

²¹ L'organisation actuelle des institutions de santé en Suisse a quelque peu marginalisé les travailleurs sociaux et les psychologues cliniciens, c'est pourquoi ils n'en sera pas fait mention ici. Mais ces deux catégories d'intervenants réfléchissent aussi beaucoup cette thématique en occident (Simard 2006 ; Miller 2006 ; Jobin 2013).

spirituel dans les institutions de soin. Le travail de Dominique Jacquemin (2012) sur ce thème est aussi à souligner car il se soucie d'un patient ayant des attentes spirituelles traditionnelles et en difficulté pour avoir accès à ces ressources, « simplement » parce que :

[...] le frein d'une équivalence entre spiritualité et religion continue à rendre les institutions frileuses sur la réalité du spirituel et, bien que ces deux dimensions ne peuvent se réduire l'une à l'autre, la dimension religieuse se doit aussi d'être honorée, au nom du patient lui-même et de ce qui l'inscrit dans la vie. (Jacquemin 2012, 10)

Un deuxième thème est le lien entre spiritualité et éthique dans les soins. Caenepeel (2007) montre comment une théologie de l'hospitalité invite les soignants se préoccupant de prodromes à se poser en permanence des questions d'éthique quant à leurs actions avec de jeunes patients. Jacquemin (2010), à partir d'une vision de l'humain où la spiritualité (vue comme « mouvement d'existence ») est un élément indispensable à une éthique du soin, argumente pour que celle-ci puisse jouer son double rôle de prise en compte de la souffrance du patient et permettre une distance (la penser et la mettre en œuvre) pour les soignants. S'il est lui-même aussi porteur des mêmes liens, Jobin (2009 2011) montre un aspect novateur de ce thème, même s'il est encore marginal, à savoir la spiritualité comme un facteur de résistance au pouvoir biomédical et, par voie de conséquence, un « déclencheur » de problématique d'éthique clinique dans les soins.

Un troisième thème est celui de fonder théologiquement d'autres types de pastorale en milieu de santé (par exemple la pastorale d'engendrement de Bacq (2009)). Ces tentatives d'adaptation de la pastorale traditionnelle à la vision culturelle actuelle de la personne humaine restent bien des réflexions sur un thème dans la mesure où elles « fabriquent » des concepts que d'autres tenteront de mettre en œuvre dans divers terrains (Matteo et collab. 2010).

Un quatrième thème est celui de la critique d'une biomédecine déshumanisée et déshumanisante, ce thème est porté depuis longtemps par des figures comme Paul Tournier (1982) et plus récemment par Sulmasy (2002).²² Les termes « humanisation des soins » trouvent

²² L'association *Paul Tournier – Une Médecine de la Personne* tente de maintenir vivante les fondements humanistes que ce médecin a élaborés dans la première moitié du XX^e siècle.

d'ailleurs un grand écho dans les buts de l'accompagnement spirituel (Chenuz 2007). Il s'agit que le monde de la santé ne réduise jamais la personne malade hospitalisée à son corps, et d'autre part que ce même monde reconnaisse que la personne, dans des catégories souvent étrangères à celle de la médecine, possède un savoir « diagnostic » sur elle-même (Thiel 2013). Ce déplacement du regard des soignants sur la personne souffrante est généralement interprété comme une chance pour les traditions religieuses de renommer des enjeux du soin et pour promouvoir un accompagnement de cet humain souffrant ou agonisant (Thiel 2003). Les référents philosophiques et théologiques qui sont au cœur de ces travaux sont souvent inspirés par les philosophes Ricœur et Levinas (Benaroyo 2006).

Lemoine (2011) illustre bien le dernier thème brièvement évoqué ici. Il s'agit des liens entre les termes santé et salut. Ce thème est à la fois très ancien (Larchet 1991) et extraordinairement moderne. En effet, c'est généralement là, comme le montre bien Lemoine (2011) que se rompt que le dialogue entre institutions religieuses (pas seulement chrétienne) et institutions de santé. Chacune des institutions défendant sa vision de l'humain sauvé et/ou guérit. Si la spiritualité peut être relue comme une part de la « salutogenèse » en médecine (Monod 2014), elle reste, pour les institutions religieuses la « voie » de salut.²³ En ce sens, il est compréhensible qu'un regret s'exprime souvent, à savoir que les sociétés occidentales aient mis de côté leur héritage chrétien (grand système de pourvoyeur de sens, aussi dans l'expérience de la maladie) (Lemoine 2011).

Le deuxième type de travaux regroupe l'ensemble des textes que les aumôniers produisent lorsqu'il leur est demandé de rendre compte de leur travail pastoral sur le terrain.

Ces documents sont souvent centrés sur l'expérience personnelle des aumôniers et sur celle des personnes malades accompagnées. Le genre littéraire privilégié de ces travaux est le récit. Le livre de témoignages d'Arvers et collab. (2014) et de ses collègues en est un excellent exemple. Beaucoup de recueils de textes (Giguère et collab. 1993 ; Auque et collab. 2001 ; Bueckert Dawn 2006) témoignent

²³ Il y a d'ailleurs un extraordinaire foisonnement de pratiques reliées à ce principe. Un exemple parmi des milliers : <https://saintmichelarchange.wordpress.com/2014/09/24/le-chemin-de-croix-spirituel-voie-du-salut/>

de cette volonté de montrer la nécessité d'accompagner toujours les moments difficiles de l'« expérience spirituelle en temps de maladie ». ²⁴ Ces témoignages visent à faire comprendre comment les envoyés des institutions ecclésiales accompagnent les patients dans les divers services de l'hôpital. Ces récits ne se veulent jamais normatifs; ils présentent néanmoins quelques « recettes » pour le suivi des patients et de leurs proches, quelques généralisations portant sur un « comment faire pour bien faire » de l'accompagnement spirituel dans le contexte hospitalier d'aujourd'hui (Odier 2007). Ces textes comportent parfois aussi quelques constats sur la place laissée aux traditions religieuses dans l'hôpital et un rappel de l'intérêt des principaux écrits bibliques pour l'accompagnement des personnes malades hospitalisées. Une autre caractéristique de ces documents est la place très importante faite au mourir et à la mort et donc la place centrale des personnes malades hospitalisées en fin de vie et de leur expérience (Nadeau 2016).

La question est souvent posée d'une considérable évolution voire d'une complète transformation de ce travail d'accompagnement pastoral devenu accompagnement spirituel, notamment lorsque les acteurs considèrent la « cascade » devenue classique d'une pastorale sacramentelle, puis de propositions de la Foi et enfin d'engendrement. Ainsi, dans un numéro des « Cahiers protestants » daté de 1973 et consacré au thème « quelle médecine demain, pour quel homme ? », le pasteur Charles Pittet, dans un bref article intitulé « le malade devant la mort » se plaint que le temps à disposition pour préparer les malades à la mort et à la rencontre avec Dieu manque dans les hôpitaux. Même s'il admire l'acharnement des médecins à guérir les malades, comparant leurs efforts à ceux des pasteurs pour amener les hommes à Christ, il constate que ces mêmes médecins font trop peu de place à l'envoyé de Dieu pour l'annonce de la Parole de Vie (Pittet 1973, 50). Quarante ans plus tard, un numéro de « Contact Magazine » (2014) (journal de l'Hôpital du Valais, Suisse) présente le ministère d'aumônerie de Sœur Daniela. Cette dernière témoigne de son travail d'accompagnant spirituel comme étant un temps écoute et une offre d'accompagnement à la fin de vie surtout auprès des patients âgés, même si la pastorale sacramentelle conserve également toute son importance. La proclamation d'une Parole venue d'ailleurs a fait place à la compassion et la fonction de l'Évangile est d'abord de motiver et d'inspirer cet accompagnement spirituel dans sa forme et

²⁴ Expression de Guy Jobin dans nombre de textes pour traduire le vécu particulier des patients.

dans son fond chez ceux qui le pratique. Les questions posées de part et d'autre ne portent plus en elles-mêmes les réponses de la tradition religieuse dont la personne est issue.

Un examen superficiel de ces deux manières d'être pasteur pour les malades pourrait effectivement laisser penser à une transformation de l'agir pastoral en milieu de santé : la proclamation remplacée par la compassion, l'écoute au lieu de la proposition de la Foi, la compréhension du vécu humain, spirituel et religieux de la personne avant la mission d'évangélisation. En fait, un examen attentif des documents en Europe francophone montre que, s'il y a certainement un déplacement, cette pastorale hospitalière présente une remarquable stabilité dans son intention générale et dans la définition de sa mission (Terlinden 2006).²⁵

En fait, c'est l'intérêt des soignants pour les questions existentielles et identitaires des malades conjugué avec les exigences de protection de la sphère privée des personnes hospitalisées qui obligent les envoyés des Églises à adapter leur action. Mais le fond reste le même : témoigner à l'autre de la grâce de Dieu, avoir le souci et prendre soin de l'autre à l'approche de la mort, revisiter une religiosité qui tienne compte de l'histoire de vie, ceci avec un rattachement clair et assumé à l'institution ecclésiale qui envoie et paie. Un article du théologien Mathwig (2013), qui questionne « le mode de partage du travail entre Eglise et médecine » le montre bien. Il rappelle avec force que cette adaptation forcée de la spiritualité aux normativités de la biomédecine doit être combattue et ne doit pas faire oublier le rôle et la mission des envoyés des Églises. Ces derniers, devenus une voix parmi d'autres, sont toujours invités à rendre compte dans les institutions de santé des buts de leur mission et de leur loyauté institutionnelle.

En Amérique du Nord et au Québec plus récemment, après avoir rendu compte du travail pastoral de la même manière (Giguère et collab. 1993 ; Bueckert Dawn et collab. 2006), le fait d'être engagé et salarié par les hôpitaux sans plus de mandats ecclésiaux a obligé les responsables des aumôneries et surtout des institutions de santé à reprendre à frais nouveaux les questions de la professionnalisation des aumôniers et de la spécificité de leur action (Cherblanc et collab. 2013). Cette reprise s'oriente vers une intégration plus grande des

²⁵ Les concepts d'aumônerie publiés récemment et conjointement par les Eglises catholique et protestante dans le canton de Vaud en témoignent éloquemment. Les sites internet dédiés français et belge également.

aumôniers dans les soins. Cette intégration exige alors des procédures de travail qui se « moulent » à celles des soignants (Peery 2013 ; Fitchett 2014). Les médecins développant aussi des procédures d'évaluation de la spiritualité, la question est posée par Handzo et Koenig (2004) : « Spiritual Care : Whose Job Is It Anyway ? ». La suggestion des auteurs ne faisant pas encore l'objet de recherche sérieuse, cette question, qui oblige les aumôniers à se situer, ne trouve nulle part encore de réponse satisfaisante.

Le troisième type est constitué des travaux de théologiens praticiens qui proposent des manières structurées et informées de faire de la pastorale hospitalière et/ou de l'accompagnement spirituel.

Ces tentatives, presque toutes nord américaines, deviennent de plus en plus nombreuses, au fur et à mesure que se développent de nouveaux types de soins spirituels et que l'inter professionnalité,²⁶ elle-même encouragée par les travaux des soignants sur la prise en charge globale des patients, devient une norme de travail (Tschannen 2014). En lien avec les objectifs de ce DThP, une attention particulière est donnée aux tentatives de développer des modèles, dans l'acceptation première du terme, à savoir quelque chose qui va servir de référence, de type.

Fitchett (2014) offre la revue des modèles la plus complète dans l'intention de montrer à la fois l'inscription de la thématique dans les soins et en même temps la grande disparité de ces modèles (Rochat 2015). Fitchett (2002) est d'ailleurs le premier à proposer un modèle d'évaluation avec le modèle 7X7. Ce modèle, élaboré avec une infirmière, évalue les besoins religieux ainsi que certains besoins liés à l'identité psychosociale des patients dans le but de donner une direction à l'accompagnement spirituel et pastoral du malade et de fournir des « clefs » de compréhension du vécu des patients aux soignants.

Gwennola Rimbaut (2006) avec sa thèse intitulée « Soutenir une démarche spirituelle en milieu hospitalier », élabore un modèle mono disciplinaire d'accompagnement pastoral basé sur une analyse du spirituel laïc, ce travail postule que la tradition chrétienne peut s'adapter et dégager des modèles d'accompagnement qui tiennent compte des nouvelles visions du spirituel portées par nos contemporains. De plus, ce type de travaux se donnent aussi pour mission de montrer comment la tradition chrétienne peut bénéficier

²⁶ Voir le site internet de l'AISSQ.

de l'apport de penseurs (psychiatres, philosophes) pour se renouveler et ouvrir de nouvelles pistes pour la pastorale de l'Eglise comme en témoigne la thèse d'Agathe Brosset (2010).

3.3.1.3. Tradition de recherche des médecins

Cette deuxième tradition de recherche est caractérisée par quatre types de travaux distincts et peu interconnectés :

Un premier type de travaux regroupe les essais cliniques visant à faire la « démonstration pratique » de l'importance des facteurs religieux et spirituels pour la santé. Blanchard (2012, 36) écrit : « A growing body of research about religion/spirituality (R/S) and health suggests that R/S has generally positive effects on physical health and mortality [...] and mental health [...]. Large numbers of patients describe religion/spirituality as being important in coping with their illness ». La recherche a pour but de trouver des corrélations positives (Koenig et collab. 2012) et/ou négatives (Pargament 2001) entre spiritualité, religiosité et aspects de santé tant mentale que physique. Cette recherche est très diversifiée et le nombre de documents produits est en constante augmentation. La structure des travaux est presque toujours la même. 1. Prise en compte d'une population de patients (HIV, oncologiques, en fin de vie, chronique (Büssing et collab. 2007), etc.). 2. Administration aux patients de plusieurs échelles de mesures ou questionnaires relatifs à des *outcomes* de santé et à la spiritualité et/ou à la religiosité. 3. Discussion des résultats en fonction des hypothèses posées au moment de démarrer l'étude.

Cette recherche nécessite de développer des échelles de mesure de la religiosité et/ou de la spiritualité. Ces échelles sont nombreuses et souvent bien validées au plan psychométrique. Par contre, leur construit, issu d'un travail d'analyse statistique des choix et préférences des personnes testées, ne fait généralement l'objet d'aucune reprise critique (Monod et collab. 2011). Une réflexion critique, tant du côté des soignant (Jobin 2013) que des médecins (Sloan et collab. 2000), a lieu lorsque ces études servent, par exemple, d'incitatifs pour se poser la question d'une prescription d'activités religieuses aux patients. Mais, en règle générale, ces travaux ne génèrent que

très peu d'études interventionnelles, c'est-à-dire de tentatives d'utiliser ces instruments dans une forme de routine clinique (Borneman et collab. 2010).

Un deuxième type de travaux, encore relativement confidentiels tentent de démontrer « le lieu somatique » (généralement dans le cerveau) de la méditation et/ou de la spiritualité. En Suisse romande, c'est le professeur de psychiatrie Jacques Besson (2012) qui est le fer de lance de cette « neurothéologie ». Le but de ces travaux est d'utiliser les techniques de méditation pour aider les personnes dépendantes soit, à plus long terme, à soigner des lésions du cerveau.

Un troisième type de travaux est constitué par les études faites sur l'importance des facteurs religieux ou spirituels dans le « coping » ou le fait de supporter et / ou vivre avec une maladie mortelle ou chronique. Ainsi Balboni (2010) trouve une association positive entre le fait de se préoccuper des besoins religieux et spirituels de patients cancéreux et la mesure de leur qualité de vie en fin de vie. Plusieurs médecins se préoccupent, dans le cadre des soins palliatifs, du « bien-être spirituel » des mourants et des moyens d'augmenter ce bien-être (Chochinov 2002 ; Stiefel 2008). Ces recherches sont aussi menées en santé mentale. Ainsi Huguelet et collab. (2006 2011) et Mohr et collab. (2006 2007) montrent comment des malades atteints de schizophrénie bénéficient de leurs pratiques religieuses et de leur système de croyances. D'autres travaux se concentrent sur de la gestion de l'insuline chez des musulmans pendant le mois du Ramadan, l'effet des activités religieuses dans le maintien des fonctions hautes chez les personnes âgées ou encore celui de la prière sur les complications de chirurgie cardio-vasculaire et sur celui du mindfulness sur la pression sanguine (Carlson et collab. 2007). Dans ces études, la partie touchant à la prière ou à la méditation est souvent le fait de groupes de plusieurs religions différentes. Le mode explicatif fait régulièrement appel à une ou plusieurs « boîtes noires » (Levine 1994).

Un quatrième ensemble de travaux est constitué par les quelques essais de transférer à la clinique les connaissances acquises en recherche (études interventionnelles par exemple). Ce qui est le plus développé sont les sets de questions permettant aux cliniciens d'entrer en dialogue avec les patients (Monod et collab. 2007). Certains de ces questionnaires deviennent aussi des outils d'anamnèse spirituelle voire de dépistage d'une religiosité et / ou d'une spiritualité perturbée, comme par exemple le FICA de Puchalski (2006). Il

se pourrait que le principal bénéfice de la préoccupation par les médecins des croyances et de la spiritualité du patient soit d'avoir une meilleure connaissance de ce dernier et donc une meilleure alliance thérapeutique (McCord et collab. 2004).

3.3.1.4. Tradition de recherche des soignants

La recherche soignante sur la spiritualité en milieu de santé est caractérisée par un seul type de travaux.

L'ensemble des travaux est relié à la volonté des responsables des sciences infirmières d'implémenter dans la pratique des soins centrés sur « la spiritualité de la personne malade ». Cette volonté de prendre en compte la thématique de « la spiritualité en milieu de santé » ou encore « la spiritualité dans les soins » s'inscrit dans le mouvement d'affirmation de l'autonomie des sciences infirmières et dans le mouvement de prendre en charge la globalité de la personne malade hospitalisée (Pépin et collab. 2001 ; Jobin 2013 ; Cockell et collab. 2012). Le groupe emmené par Pépin est, dans le monde francophone, une de celle qui réaffirme vigoureusement le droit des soignants de se préoccuper de la thématique et celui guidé par Cockell montre, par l'analyse de quatre-vingts études internationales, que les infirmières ont les « données probantes » nécessaires pour effectuer des transferts en clinique de connaissances sur ce thème. Gaillard Desmedt et collab. (2013) reprend l'ensemble de la problématique (spiritualité actuelle dans la société et la culture, principales théoriciennes du soin spirituel en sciences infirmières et programme de recherche pour le futur) dans une des rares revue de littérature en français, avec toujours la même démarche de fond, à savoir la volonté de donner des arguments, des données et des pistes pour augmenter la capacité des soignants à accompagner spirituellement les malades. Enfin, Sessanna (2010) montrent, dans une revue systématique des moyens utilisés pour mesurer la spiritualité dans la recherche clinique et la routine clinique infirmière, que les travaux sont situés sur un continuum allant de la description de procédures techniques rigoureuses d'évaluation de la détresse spirituelle à une réflexion à l'impact sur l'identité d'une expérience intérieure (notamment religieuse) de la personne confrontée à la maladie. Sans surprise, elle conclut sur la nécessité de poursuivre les travaux vers une définition de la spiritualité plus détachée de la religiosité.

A gauche de ce continuum, se situent les soignants qui se rallient au même type de recherche que les médecins (Gaillard Desmedt et collab. 2013) en espérant opérer un transfert « spécifique » au travail infirmier des données recueillies et, toujours à cette extrémité, se trouvent également un ensemble de documents constitué des manuels de diagnostics infirmiers relatifs à la spiritualité et à la détresse spirituelle (Carpenito-Moyet 2012 ; NANDA 2007). A droite du continuum des critiques se font entendre, allant dans le sens de ne pas élaborer des procédures diagnostiques, mais bien de comprendre en profondeur et d'accompagner (sans la « pathologiser ») l'expérience identitaire et donc spirituelle des personnes confrontées à la maladie (Vonarx 2015).

3.3.2. Etape 3 : recherche de littérature relative à l'élaboration du modèle (2008 à 2014).

Cette Recherche s'est concentrée sur les modèles existants d'évaluation de la détresse spirituelle des personnes âgées hospitalisées. Pour ce faire, l'aumônier praticien chercheur a consulté de façon répétée des bases de données entre 2008 et 2014. Ci-dessous un tableau montrant le résultat de ces recherches.

Bases de données / mots clefs	ATLA	FRANCIS	PSYCHINFO	PUBMED	CINHAL
Combinaison 1 : modèle and évaluation and détresse spirituelle and patients âgés	0	0	0	0	0
Combinaison 2 : évaluation and détresse spirituelle and patients âgés	0	0	0	0	0
Combinaison 3 : détresse spirituelle and patients âgés	0	0	0	0	0
Combinaison 4 : évaluation spirituelle and patients âgés	0	0	0	0	0
Combinaison 5 : model and assessment and spiritual distress	0	0	0	0	1

and old patients					
Combinaison 6 : assessment and spiritual distress and old patients	0	0	0	2	8
Combinaison 7 : spiritual distress and old patients	0	1	1	3	16
Combinaison 8 : spiritual assessment and old patients	0	1	1	14	54

Tableau n° 4 : **recherche de littérature relative à l'élaboration du modèle**

3.3.2.1. Résultats globaux obtenus et commentaires sur l'étape 3

Répétée plusieurs fois au cours des années 2008 à 2014, les résultats de la recherche de l'étape 3 sont :

- Le modèle 7X7 de Fitchett (2002) apparaît deux fois en 2008 et 2009, puis il n'apparaît plus.
- Le mot clef « modèle / model » n'est jamais utilisé dans ce contexte. Cela signifie que les modèles explorés ci-dessus (par exemple Rimbaut 2006) où ceux présentés par Fitchett (2014), ne sont pas répertoriés dans ces bases de données.
- Si les mots clefs sont changés (par exemples « *spiritual assessment, spiritual distress, religious struggle*»), apparaissent les mêmes occurrences que lors de la recherche pour la revue systématique de littérature sur les outils de mesure de la spiritualité (Monod et collab. 2011) avec quelques-uns en plus comme le Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP) (Sharma et collab. 2012).
- L'ensemble des occurrences apparaissant sur le bas du tableau à gauche (bases ATLA et FRANCIS) appelle les commentaires suivants sur les documents :
 - ° aucune étude, aucun document relatif à un modèle ou à une évaluation spirituelle structurée de patients âgés dans les bases dédiées (ATLA et FRANCIS)
 - ° des études déjà recensées dans les deux premières étapes de cette revue de littérature (majorité)

- ° des études où la spiritualité ou la religiosité sont toujours considérées comme des ressources, jamais comme des « entités » pouvant être elles-mêmes perturbées ou ayant un potentiel de perturbation. Autrement ces études ignorent la signification d'un *low spiritual well being*.
- ° des études très majoritairement relatives à une population en soins palliatifs
- ° des études centrées sur des aspects de pratiques religieuses (pratiques religieuses aidantes ou transformées (une étude) par le cancer).
- ° des études sur la spiritualité des étudiants (médecine, infirmiers, etc.)
- ° des études dans des cultures éloignées, par exemple une étude à Taiwan.
- ° souvent les mêmes occurrences reviennent dans des bases de données différentes.

Cette étape trois n'apporte donc rien de pertinent à cette revue de littérature. Cela n'est pas si étonnant si l'on considère que les caractéristiques du modèle présenté dans ce DThP dépassent celles des études cliniques répertoriées dans ces bases, fussent-elles consacrées à la validation d'échelles de mesure de la spiritualité. En effet, l'élaboration de ce modèle a clairement à voir avec la mise au jour d'un ensemble cohérent d'éléments afin de rendre compte d'une pratique, avec la mise en place d'un ou de plusieurs tests pour transférer ce que le modèle produit dans une clinique et avec une réflexion critique pour faire apparaître en quoi cette pratique en est transformée. Ce geste-là, relatif à la pastorale hospitalière et à la prise en compte de la spiritualité dans le soin, n'a pas encore fait l'objet d'assez de recherches pour figurer dans ces bases de données. En fait, les documents montrent que les chercheurs et les cliniciens ont rarement pensé leur développement en termes de modèles, que cela soit la recherche sur l'impact de la religion et/ou de la spiritualité sur la santé ou sur les corrélations entre religiosité et la santé, les échelles d'évaluation, les ensembles structurés de questions pour entrer en dialogue sur les thèmes religieux et spirituels avec les patients ou la « simple » systématisation et formalisation de l'expérience acquise (Chenuz 2007) ou encore les récits d'accompagnement spirituel de personnes malades. Même les manuels de formation des soignants ne présentent pas les procédures diagnostiques relatives à la spiritualité comme des modèles.

3.3.3. Etape 4 : Vers une contextualisation du méta-modèle de Saint-Arnaud

Pour tenter de dépasser cette problématique et avoir la possibilité de comparer valablement le modèle présenté à un modèle pratiqué en aumônerie, le choix a été fait de penser les travaux d'une même tradition de recherche comme un tout qui pourrait être repris et discuté avec les « paramètres » du méta-modèle de Saint-Arnaud. Les limites de ce travail ne permettent de reprendre que le méta-modèle issu de la tradition de recherche des aumôniers, mais les deux autres (méta-modèles médical et soignant) serviront dans des travaux ultérieurs.

Ces critères doivent néanmoins être contextualisés par l'aumônier praticien chercheur. Cette contextualisation suit l'idée force de ce méta-modèle, à savoir partir d'une réflexion et d'une systématisation de sa pratique. Saint-Arnaud écrit :

Au cours de démarches de praxéologie déjà réalisées, des praticiens expérimentés ont procédé à une réflexion systématique sur leurs pratiques professionnelles en vue de définir leur style personnel d'intervention dans leurs domaines respectifs. À un deuxième niveau d'analyse, il est apparu qu'au-delà des particularités, la réalité même de l'intervention peut s'articuler autour de six paramètres dont l'ensemble constitue un méta-modèle de l'intervention (Saint-Arnaud 1992, 105).

Simplement, cette réflexion de l'aumônier praticien chercheur ne porte pas sur la pratique elle-même, mais sur des éléments qui conditionnent cette pratique. Comme pour le méta-modèle lui-même, à un deuxième niveau d'analyse, certains éléments se retrouvent dans les trois traditions de recherche et peuvent être rapportés chacun à un des paramètres du méta-modèle.

Le tableau ci-dessous présente les six paramètres du méta-modèle et leur contextualisation par l'aumônier praticien chercheur.²⁷

Éléments qui composent le méta-modèle de Saint-Arnaud (1992) et de Lhotelier et Saint-Arnaud (1994)	Contextualisation du méta-modèle aux institutions de santé
Un cadre d'analyse Définition : tout intervenant utilise un ensemble de normes et de valeurs à partir desquelles il porte des jugements - personnels, culturels ou professionnels sur 1)	Un cadre d'analyse a- Analyse et compréhension du statut de la biomédecine dans la société aujourd'hui (Panese et collab. 2008 ; Yaya 2009)

²⁷ Pour des raisons de lisibilité, seules les références nouvelles apparaissent dans les tableaux.

<p>l'individu ou le groupe auprès duquel il intervient, désigné comme le bénéficiaire de l'intervention, 2) la situation qui a donné lieu à l'intervention et 3) le rapport entre le bénéficiaire et la situation ; cet ensemble de normes et de valeurs sera désigné comme le cadre d'analyse de l'intervenant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> b- L'existence d'institutions, liens éventuels entre ces institutions et description de ce à quoi habilitent ces institutions. c- Existence d'une distance entre l'acteur et le système dans lequel l'acteur opère, et l'interprétation de cette distance (Dubet 1994 ; Crozier et collab. 1997) d- Distinction et articulation entre les construits de spiritualité et de religion (Rochat 2014) e- Vision, définition, rôle et importance du construit de la globalité de la personne malade hospitalisée (Sulmasy 2002) f- Rôle de l'interdisciplinarité et analyse de la collaboration avec la catégorie professionnelle la plus sollicitée g- Analyse du type de patientèle dont il est le plus parlé dans la littérature h- Distinction entre « besoins » et « attentes » de la personne malade hospitalisée et rôle de l'éthique clinique
<p>Une structure de relation Tout intervenant structure, implicitement ou explicitement, la relation qui s'établit entre lui-même et le bénéficiaire de l'intervention.</p>	<p>Une structure de relation Type de relations privilégiées par les divers acteurs selon les situations / types d'action : entretien directif, semi-directif, non directif.</p>
<p>Une conception du changement Tout intervenant est un agent de changement qui utilise, implicitement ou explicitement, une théorie du changement.</p>	<p>Une conception du changement Ce que le modèle produit et ce qui promeut le rétablissement ou l'amélioration des aspects somatiques, fonctionnels et psychiques et des dimensions sociale, psychologique, existentielle, spirituelle et religieuse de la personne malade hospitalisée à partir de définitions de la normalité, de la guérison ou de la transformation de cette même personne. Langage privilégié dans lequel ce changement sera transcrit et transmis.</p>
<p>Une gestion du processus d'intervention Tout intervenant est le gestionnaire d'un processus d'intervention qui comporte des étapes dont l'agencement est réglementé.</p>	<p>Une gestion du processus d'intervention Ensembles d'étapes (par exemple les étapes d'un protocole clinique) établis par et pour les divers types d'acteurs considérés et gérés par eux.</p>
<p>Un répertoire technique Tout intervenant dispose d'un répertoire de procédés qui se développe avec l'expérience et qui constitue sa technique d'intervention.</p>	<p>Un répertoire technique Ensemble des manières de faire de chaque groupe de professionnels, ensemble des savoirs faire et des savoirs être des différents professionnels.</p>
<p>Mode d'évaluation Tout intervenant procède, implicitement ou explicitement, à une évaluation continue de son efficacité à partir d'un ensemble de critères plus ou moins définis.</p>	<p>Mode d'évaluation Evaluation de l'efficacité de l'intervention des divers types d'acteurs considérés à partir de normes préétablies / de critères préétablis.</p>

Tableau n° 5 : **Contextualisation du méta-modèle de Lhotelier et Saint-Arnaud (1994)**

Comme mentionné dans l'introduction de ce travail, la méthode singulière utilisée pour ce DThP oblige à trouver des références dans le domaine des sciences sociales (par exemples pour le concept de construit ou celui de l'intention), malheureusement sans pouvoir discuter ou justifier les choix effectués dans le cadre de ce travail de revue de littérature.

3.3.4. Etape 5 : Présentation des méta-modèles venant de la tradition de recherche des aumôniers et du modèle STIV SDAT, et comparaison de ces deux méta-modèles.

Cette comparaison a pour but de faire apparaître l'originalité du modèle STIV / SDAT par rapport au méta-modèle issu de la tradition de recherche des aumôniers.

3.3.4.1. Présentation du méta-modèle des aumôniers

Contextualisation du méta-modèle aux institutions de santé	Méta-modèle aumôniers
<p>Un cadre d'analyse</p> <p>a. Analyse et compréhension du statut de la biomédecine dans la société aujourd'hui.</p> <p>b. L'existence d'institutions, liens éventuels entre ces institutions et description de ce à quoi habilitent ces institutions.</p>	<p>Un cadre d'analyse</p> <p>L'ensemble des travaux considérés ne pensent pas ce statut, ni à partir d'un cadre interprétatif religieux, ni à partir d'un cadre interprétatif sociologique. Dans cette tradition de recherche, seul Jobin (2009 2011 2013) montre bien comment la biomédecine s'approprie la thématique et ce qu'elle en fait (esthétisation, réduction, instrumentalisation). Il pense également en termes de « résistance » le lien entre pouvoir de la biomédecine actuelle et type de spiritualité à promouvoir dans les institutions de santé. Ni Fitchett (2002), ni Rimbaut (2006), ni les autres modèles évalués par Fitchett (2014) (Pruyser, Lucas, Brun, etc.) ne mentionnent cet aspect de la réflexion.</p> <p>Dans l'ensemble des travaux considérés, seuls les concepts d'aumônerie ou les conventions mentionnent les institutions, soit pour nommer des compétences administratives soit pour décrire l'élaboration des cahiers des charges. Il n'y pas de réflexion sur ce à quoi habilitent les institutions hôtes (hôpitaux, école, prisons).</p> <p>En Amérique du Nord, où les aumôniers dépendent des institutions de santé, les associations d'aumôniers et les instances qui élaborent les standards de travail</p>

	<p>des différentes professions (par exemple JCAHO aux Etats-Unis) font référence de facto aux institutions de santé et aux institutions académiques. Seul Cherblanc (2013) réfléchit avec Jobin l'importance et les conséquences des référencements institutionnels et des liens (ou absence de lien) entre les institutions.</p>
<p>c. Existence d'une distance entre l'acteur et le système dans lequel l'acteur opère, et l'interprétation de cette distance.</p>	<p>Dans l'ensemble des travaux considérés, la distance pensée et décrite l'est entre un acteur ecclésial et son institution ecclésiale ou « le fait religieux » du fait de son insertion dans une institution hôte. Cette distance est considérée comme devant être réduite au minimum, en considérant que le fait de travailler dans une institution laïque peut créer une distance importante avec l'institution ecclésiale (Mathwig 2013). Cette distance est interprétée comme étant capable de faire perdre le spécifique du travail pastoral des répondants d'une tradition religieuse ou encore de transformer la pastorale en une « simple » relation d'aide.</p> <p>Pour les aumôniers nord-américains : les rapports entre les institutions de santé et les autres institutions (notamment religieuses et académiques) créent une distance entre les aumôniers qui restent porteurs d'un religieux sans mandat et des concepts, des manières de produire de la connaissance (Fitchett 2011) et des manières de faire des acteurs de soins. Les institutions de soins tentent de réduire cette distance au minimum par des tentatives de professionnalisation de ce type d'acteurs et de rapprochement de leurs pratiques avec celles des autres professionnels du soin.</p>
<p>d. Distinction et articulation entre les construits de spiritualité et de religion</p>	<p>Reprenant une distinction provenant des travaux de la tradition de recherche soignante, et dans le but que leur travail d'accompagnement pastoral et/ou spirituel devienne « lisible » par les acteurs de soins, l'ensemble des travaux récents considérés distinguent les deux construits de spiritualité et de religion (Flury 2013). Mais, si ces travaux décrivent les bénéficiaires comme porteurs de plusieurs réarticulations possibles entre la spiritualité et la religion, ces travaux ne rapportent pas de changement chez les aumôniers eux-mêmes en lien avec cette distinction. Ces changements sont plutôt explicités en termes psycho-spirituels (Pétremand 2012).</p>
<p>e. Vision, définition, rôle et importance de la globalité de la personne malade hospitalisée</p>	<p>L'ensemble des travaux consultés proposent deux discours paradoxaux sur la globalité. Depuis bientôt trente ans, sans toujours nommer explicitement la globalité, des travaux rappellent et témoignent que la personne malade hospitalisée est « plus » que son corps (Rochat 1992, 9). Pour concrétiser cela</p>

	<p>aux yeux de la communauté soignante, certains collègues québécois utilisent spécifiquement la vision de Fromaget (1999) pour penser cette globalité, mais c'est le plus souvent quelques éléments d'anthropologie biblique (aliénation, idolâtrie, salut, libération, etc.) qui parlent d'une forme de globalité.</p> <p>Par ailleurs, les documents d'information à destination du public, des institutions et de la communauté soignante font référence explicitement à cette globalité ou à une vision globale du patient. Mais, comme ces mentions sont faites sans explicitation, elles renvoient donc, paradoxalement, à une forme d'alignement sur la tradition de recherche des soignants.</p>
<p>f. Rôle de l'interdisciplinarité et analyse de la collaboration avec la catégorie professionnelle la plus sollicitée</p>	<p>Comme pour le point ci-dessus les documents d'information à destination du public, des institutions et de la communauté soignante font facilement référence à l'interdisciplinarité. Mais, comme le montre Flannelly et collab. (2005) ni les aumôniers ni la communauté soignante ne « pensent » une interdisciplinarité et les aumôniers ne sont pas une force de proposition pour cette thématique. En fait les aumôniers eux-mêmes ne « racontent » qu'une collaboration (non formalisée) avec les soignants ou les médecins.</p> <p>Pour les aumôniers nord-américains : leur appartenance aux institutions de santé les obligent à penser cette collaboration à partir d'une position différente, à la fois plus administrative (notes aux dossiers) et plus formalisée (participation à certains colloques, etc.). De plus, même si cela reste encore confidentiel, l'introduction d'un « <i>spiritual assessment</i> » en clinique va encore accroître une forme de collaboration. Mais, il faut relever que les aumôniers américains eux-mêmes peinent à définir les fruits d'une interdisciplinarité effective.</p>
<p>g. Analyse du type de patientèle dont il est le plus parlé dans la littérature</p>	<p>L'ensemble des travaux considérés parlent principalement des patients en fin de vie et/ou gravement atteints ainsi que de patients en soins palliatifs.</p>
<p>h. Distinction entre « besoins » et « attentes » de la personne malade hospitalisée et rôle de l'éthique clinique</p>	<p>L'ensemble des travaux considérés ne mentionnent jamais de distinction entre besoins et attentes. En fait, de nombreux travaux des aumôniers mentionnent maintenant la présence de besoins spirituels. Peu de travaux des aumôniers, même s'ils en sont souvent impactés, font référence aux problèmes d'éthique que la médecine moderne pose à la société d'aujourd'hui. Ces écrits sont plutôt le fait des éthiciens théologiens, mais ils n'ont pas d'échos sur le terrain de l'accompagnement spirituel. De même, les aumôniers vont très rarement « traduire » les difficultés vécues par des patients en termes d'éthique clinique.</p> <p>En Amérique du Nord par contre, l'affiliation institutionnelle a obligé les</p>

	responsables des aumôneries de site comme ceux des associations nationales a édicté des codes de déontologie et d'éthiques propres à la profession. Enfin certains travaux (Thiel et collab. 1997) invitent les aumôniers et les médecins à œuvrer ensemble à la résolution des conflits éthiques que posent souvent l'affiliation religieuse des patients et ou leur système de croyance.
Une structure de relation Type de relations privilégiées par les divers acteurs selon les situations / types d'action : entretien directif, semi-directif, non directif.	Une structure de relation L'ensemble des travaux considérés montrent que, dans les types d'actions habituelles (rencontres, rites, etc.), la relation type privilégiée est l'entretien non directif; ceci même si les rituels comprennent souvent des moments qui peuvent être assimilés à des entretiens d'une autre nature. La pastorale d'engendrement nomme explicitement une structure de relation triangulaire (postulée dans les autres types de pastorale) où Dieu, par son Esprit, participe à la rencontre; mais cela ne change pas le type d'entretien dans le concret de l'action. En Amérique du Nord, il y a maintenant une tendance lourde pour exiger un « <i>spiritual assessment</i> » le plus rigoureux possible. Mais, mis à part la mention des principes et valeurs habituels qui déterminent l'entretien (respect, accueil, etc.), le type d'entretien n'est pas nommé explicitement.
Une conception du changement Ce que le modèle produit qui promeut le rétablissement ou l'amélioration des aspects somatiques, fonctionnels et psychiques et des dimensions sociale, psychologique, existentielle, spirituelle et religieuse de la personne malade hospitalisée à partir de définitions de la normalité, de la guérison ou de la transformation de cette même personne. Langage privilégié dans lequel ce changement sera transcrit et transmis.	Une conception du changement L'ensemble des travaux considérés montrent le changement comme une forme de transformation de la personne suite à un accompagnement et à un cheminement intérieur (Rochat 1992 ; Rimbaut 2006, 166 ; Levain 2007). Autrement dit, le changement est corrélé aux fruits de l'expérience spirituelle en temps de maladie. Dans cette tradition de recherche ce changement se décline aussi en termes d'amélioration du vécu (surtout en fin de vie) provoqué par la situation. Dans cette tradition de recherche, ce changement n'est visible que par la personne elle-même. Par voie de conséquence, elle seule peut en rendre compte. Ce changement ne peut être ni prévu ni provoqué. Si une transmission a lieu, elle est parfois explicative et faite de « morceaux choisis du récit de vie », parfois interprétative et faite d'observations sur les pensées, les émotions les comportements au moyen d'un langage relié à la perte et au deuil.
Une gestion du processus d'intervention Ensembles d'étapes (par exemple les étapes d'un protocole clinique) établis par et pour les divers types d'acteurs considérés et gérés par eux.	Une gestion du processus d'intervention L'ensemble des travaux considérés montrent que le monde francophone de l'aumônerie traduit rarement ses principes d'accompagnement (se mettre à l'écoute, se mettre au service, etc.) par des processus d'intervention si ce n'est au moyen des étapes qui sont socialement adaptées lors d'une visite à l'hôpital

	<p>(se présenter, rester, écouter, échanger, partir).</p> <p>Dans le monde anglo saxon, deux processus cohabitent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise de contact - l'écoute active centrée sur la personne - le départ <p>Une deuxième démarche se caractérise par quatre moments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise de contact avec la personne et l'éventuelle création d'un lien - l'évaluation des besoins ou des demandes ; - le travail sur ces besoins ou demandes selon des critères de pastorale ; - le départ - la transmission aux soignants
<p>Un répertoire technique Ensemble des manières de faire de chaque groupe de professionnels, ensemble des savoirs faire et des savoirs être des différents professionnels.</p>	<p>Un répertoire technique L'ensemble des travaux considérés montrent que le gros du répertoire technique provient des techniques de reformulation venant de l'écoute active centrée sur la personne.</p>
<p>Mode d'évaluation Evaluation de l'efficacité de l'intervention des divers types d'acteurs considérés à partir de normes préétablies / de critères préétablis.</p>	<p>Mode d'évaluation L'ensemble des travaux considérés montrent qu'il n'existe pas de critères objectifs formels pour l'évaluation du travail de l'aumônier. En France et en Suisse allemande, des tentatives existent d'inscrire l'activité des aumôniers dans le système qualité des institutions de santé. En Suisse française, l'évaluation porte sur la manière dont la personne accomplit les tâches prévues dans son cahier de charge. Cette évaluation est l'affaire des Eglises. En Amérique du Nord, certains travaux tentent de rendre compte d'une forme d'efficacité des interventions des aumôniers, mais, pour l'instant, sans grand succès.</p>

Tableau n° 6 : **Présentation du méta-modèle des aumôniers**

3.3.4.2. Présentation du méta-modèle relié au modèle STIV / SDAT (cf. Partie 2, Chapitre 6, 135)

Contextualisation du méta-modèle aux institutions de santé	Méta-modèle relié au modèle STIV / SDAT
<p>Un cadre d'analyse a. Analyse et compréhension du statut de la biomédecine dans la société</p>	<p>Un cadre d'analyse Le statut de la biomédecine est discuté et analysé. Elle est considérée selon</p>

aujourd'hui	deux modalités, la première comme organisation de salut et la seconde comme un puissant régulateur du champ social.
b. L'existence d'institutions, liens éventuels entre ces institutions et description de ce à quoi habilitent ces institutions	Les liens existants et les « ententes » entre les institutions sont mis au jour, thématiques et analysés. La question de « à quoi habilitent quelles institutions » est posée ainsi que l'importance des relations entre les institutions, à savoir d'où l'aumônier parle et habilité par qui ?
c. Existence d'une distance entre l'acteur et le système dans lequel l'acteur opère, et l'interprétation de cette distance	La distance entre l'acteur et le système est pensée en termes d'une critique possible de l'acteur de son silo disciplinaire et par voie de conséquence de condition de possibilité de l'interdisciplinarité.
d. Distinction et articulation entre les construits de spiritualité et de religion	La spiritualité est considérée comme un construit qui comprend celui de religion. La dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée est considérée de la même manière que les autres dimensions du modèle biopsychosocial.
e. Vision, définition, rôle et importance de la globalité de la personne malade hospitalisée	La globalité de la personne malade hospitalisée est également considérée comme un construit dont l'opérationnalisation se fait au travers d'un modèle intégré de soins (Monod 2012). Cette globalité de la personne malade hospitalisée contribue à l'élaboration d'un plan de soin qui produise du sens pour les soignants et pour les patients. Le sens du plan de soin et les diverses questions relatives au sens que le patient (se) pose au cours de son hospitalisation sont clairement distingués. Cette distinction permet une thématisation et une problématisation des conflits entre l'équipe de soins, le patient et ses proches. Par ailleurs, le concept de « construit » permet de penser la difficulté d'une spiritualité comprise comme intrinsèque à l'être humain (Jobin 2013, Pepin 2001).
f. Rôle de l'interdisciplinarité et analyse de la collaboration avec la catégorie professionnelle la plus sollicitée	L'interdisciplinarité est pensée à partir de travaux de Engel (1980) et de Sulmasy (2002) ainsi qu'à partir d'un travail d'élaboration sur les modèles (Monod 2012). La collaboration est accrue avec les médecins et celle avec les soignants est réduite.
g. Analyse du type de patientèle dont il est le plus parlé dans la littérature	Le programme de recherche relié au « Projet SPI » et à la validation du modèle

<p>h. Distinction entre « besoins » et « attentes » de la personne malade hospitalisée et rôle de l'éthique clinique</p>	<p>STIV / SDAT ont investigué la population gériatrique.</p> <p>La distinction entre des « besoins » qu'une institution de soins décide qu'un patient possède (construit) et des « attentes » que ce même patient nomme est discutée et analysée. Cette distinction convoque l'éthique clinique dans le soin nécessite la mise en place d'un nouveau modèle clinique de prise en charge.</p>
<p>Une structure de relation Type de relations privilégiées par les divers acteurs selon les situations / types d'action : entretien directif, semi-directif, non directif.</p>	<p>Une structure de relation L'entretien d'évaluation est un entretien semi-directif. Les recommandations provenant de l'évaluation peuvent conduire à des actions de nature très diverses, exigeant des compétences relationnelles et communicationnelles étendues.</p>
<p>Une conception du changement Manières de concevoir le rétablissement ou l'amélioration des aspects somatiques, fonctionnels et psychiques et des dimensions sociale, psychologique, existentielle, spirituelle et religieuse de la personne malade hospitalisée à partir de définitions de la normalité, de la guérison ou de la transformation de cette même personne.</p> <p>Langage privilégié dans lequel ce changement sera transcrit et transmis.</p>	<p>Une conception du changement Le modèle STIV / SDAT pense la conception du changement de trois manières différentes. Premièrement à partir de l'idée que la dimension spirituelle du patient peut être améliorée. Deuxièmement cette amélioration peut avoir des conséquences sur d'autres dimensions de la personne malade et troisièmement il est possible de modifier le plan de soin afin que la prise en charge s'adapte au patient.</p> <p>Le langage dans lequel ces changements sont transcrits et transmis est double. Le premier est spécifique et doit faire l'objet d'un apprentissage par la communauté soignante. Le deuxième est un langage issu de l'éthique clinique qui doit également faire l'objet d'un apprentissage de l'ensemble des acteurs.</p>
<p>Une gestion du processus d'intervention Ensembles d'étapes (par exemple les étapes d'un protocole clinique) établis par et pour les divers types d'acteurs considérés et gérés par eux.</p>	<p>Une gestion du processus d'intervention La gestion du processus d'intervention est calquée sur la démarche diagnostique médicale et soignante ainsi que, lorsque nécessaire, sur les étapes d'une éthique de la délibération (Benaroyo 2004 2006 ; Jobin 2006).</p>
<p>Un répertoire technique Ensemble des manières de faire de chaque groupe de professionnels, ensemble des savoirs faire et des savoirs être des différents professionnels.</p>	<p>Un répertoire technique Le modèle exige un répertoire technique étendu et bien délimité (par exemples créer une alliance, maîtriser un entretien semi directif, analyser, etc.).</p>
<p>Mode d'évaluation Evaluation de l'efficacité de l'intervention des divers types d'acteurs considérés à partir de normes préétablies / de critères préétablis.</p>	<p>Mode d'évaluation Evaluation de ce à quoi l'institution de soin habilite les aumôniers en termes de responsabilité. Evaluation et recherches possibles sur l'efficacité du modèle STIV / SDAT, de ce qu'il produit et des changements qu'il prétend opérer.</p>

Tableau n° 7 : Présentation du méta-modèle relié au modèle STIV / SDAT

3.3.4.3. Comparaison entre les deux méta-modèles

La relecture des deux méta-modèles fait apparaître trois différences majeures entre les méta-modèles :

- le fait que les deux méta-modèles sont adossés à des paradigmes différents (cf. Chapitre 2, 41,44) les relations entre les institutions et la conscience de l'importance de ce fait pour le type de clinique développé pour les aumôniers (habilitation, rôle, responsabilité, efficacité, évaluation du travail)
- le méta-modèle des aumôniers montre qu'une des idées force est que, dans la clinique, c'est le patient lui-même, par le moyen de l'accompagnement, qui « fait la synthèse » des éléments qui constituent sa réalité de malade et qui (re)fait un chemin de vie. Le travail de l'équipe de soins vient en second. Le méta-modèle issu du modèle STIV / SDAT montre qu'une des idées force est que l'intégration d'un « construit » de spiritualité dans un « construit » de globalité des soins a pour conséquence que c'est l'équipe qui « fait la synthèse » et que le travail du patient sur et pour lui-même vient en second.

3.4. Référencement du modèle STIV SDAT

Au vu de ces trois différences, une difficulté émerge concernant le méta-modèle issu du modèle STIV / SDAT : ce modèle peut-il être référencé (ou rattaché) à la tradition de recherche des aumôniers ?

La difficulté de référencer le modèle STIV / SDAT à une tradition de recherche est présente depuis le début des travaux en 2004, notamment parce que son élaboration a été faite par une équipe interdisciplinaire et également à cause des attentes de son impact dans le modèle « intégré et interdisciplinaire » (Monod 2012). Donc, même si ce DThP réfléchit théologiquement les prémisses et la production du modèle STIV / SDAT, et que ce dernier est mis en œuvre par des aumôniers, la tradition de recherche des aumôniers ne peut revendiquer seule sa possession, pas plus que celle des soignants ou celle des médecins. Les différences mentionnées ci-dessus et le descriptif sommaire des traditions de recherche soignante et médicale renforcent cette difficulté de relier le modèle au centre de ce

travail à une tradition de recherche reconnue. Or il y a un grand enjeu à opérer cette démarche de référencement. En effet, répondre à l'exigence de référencer le modèle à une tradition de recherche, c'est le situer à la fois dans une généalogie du « penser le spirituel en milieu de santé » et l'inscrire dans une forme de « silo disciplinaire ». Que faire alors de l'évidence que nombre de références dans les trois traditions de recherche touchent effectivement l'un des thèmes centraux du modèle (par exemple le *spiritual assessment*), mais dans des spécificités et une perspective liées à une tradition de recherche qui n'est pas celle à laquelle le modèle présenté ici peut se référer valablement.

De plus, en dehors de considérations purement conceptuelles, ce référencement détermine aussi l'avenir de ce modèle dans l'institution de santé et dans le soin. En effet, forçant un peu le trait, si, comme il semblerait logique de le faire, ce modèle est référencé à la tradition de recherche propre aux aumôniers, l'impact de ce travail de recherche dans la communauté médicale et soignante sera très limité du fait du statut des aumôniers actuels et du fait que les langages mobilisés sont éloignés de ceux couramment utilisés dans ces traditions de recherche.

En fait, Le modèle STIV / SADT a des caractéristiques qui le mettent en lien avec les trois principales traditions de recherche. La tradition médicale à cause du paradigme médico-hospitalier auquel ce modèle est adossé, la tradition soignante à cause de l'ancrage dans la clinique et de la présence de « besoins spirituels » évaluables et du concept de « détresse spirituelle », et la tradition des aumôniers du fait du maintien d'un lien fort avec les traditions religieuses dans le construit et des rôles joués par cette dimension spirituelle dans le soin.

Mais, si ce modèle est référencé à la tradition de recherche médicale ou soignante, son utilisation par les théologiens sera problématique car les définitions du spirituel sont non seulement victimes des effets du réductionnisme et d'une réappropriation par les sciences biomédicales, mais aussi d'un rattachement à une tradition autre que chrétienne (Jobin 2013).

Il y a là une invitation à se poser la question d'une quatrième tradition de recherche.

3.5. Spiritualité en milieu de santé : quelques caractéristiques d'une tradition de recherche émergente

Si une nouvelle tradition de recherche émerge peu à peu, de quels types de travaux est-elle constituée ?

Même si ces travaux peuvent être de natures très différentes, d'autant plus qu'il est peu probable que les chercheurs aient conscience de « créer » une nouvelle tradition de recherche, ils possèdent des caractéristiques qui « font » cette tradition.

Premièrement, l'ensemble des travaux est effectué par des groupes interdisciplinaires. En fait, deux interdisciplinarités cohabitent, celle qui va marquer l'action une fois l'opérationnalisation des concepts et des construits effectuées et celle qui consiste à réfléchir la thématique à plusieurs voix (Jobin 2015). Deuxièmement ces travaux de recherche développent des modèles de compréhension des phénomènes qu'ils étudient à partir des questions que l'un ou l'autre acteur se pose. Troisièmement, l'utilisation systématique de méthodes mixtes de recherche. Quatrièmement, ces travaux comprennent les tests de transfert à la pratique des résultats obtenus.

Ci-dessous, quelques exemples récents de travaux qui sont dans la zone de recouvrement avec les autres traditions de recherche.

Il existe des travaux sur la formation pré-graduée ou post-graduée des médecins, notamment des formations à l'importance de la culture des migrants dans la prise en charge (Bodenmann et collab. 2009). Un deuxième type de travaux regroupe les études déjà mentionnées plus hauts. Ce sont les études faites sur l'importance des facteurs religieux ou spirituels dans le « coping » (Brandt et collab. 2012). En effet, dans ce type d'études, des chercheurs de disciplines de plus en plus diverses, (théologie, sociologie, psychologie, anthropologie, philosophie, linguistique, etc.) participent à l'élaboration des questionnaires et à l'analyse des résultats. Ces acteurs sont aussi à l'origine d'études sur des aspects inédits de la prise en charge des patients. Récemment deux services du CHUV (Chirurgie plastique et reconstructive (patients brûlés) et psychiatrie de liaison) ont fait appel aux lumières de philosophes pour mieux prendre en compte (et en charge ?) les questions dites existentielles des patients. Enfin, un troisième type de travaux, dans lesquels certaines équipes créent ou reprennent des modèles d'évaluation de la spiritualité en vue de faire des études cliniques interventionnelles. Ainsi Sulmasy collabore au développement du SNAP (Spiritual Needs Assessment for Patients) (Sharma et collab. 2012) ou encore Puchalski (2009) qui tente de transformer le FICA en un outil clinique pour les soins palliatifs.

Le modèle STIV / SDAT, du fait des caractéristiques qui sont les siennes, se rattache donc à cette quatrième tradition de recherche au développement de laquelle il contribue aussi.

3.6. Conclusion

Cette revue de littérature a permis de rendre compte qu'un DThP du type « élaboration de modèle » bouscule la recherche documentaire habituelle. En fait, comme mentionné dans l'introduction, ce parcours au DThP comprend plusieurs recherches documentaires successives, peut-être moins approfondies qu'une seule recherche centrée sur une question de recherche bien délimitée. Néanmoins, la description (même très partielle) des traditions de recherche et la mise au jour de méta-modèles reste un résultat indispensable à la suite de ce DThP et au programme de recherche qu'il a l'ambition de développer pour enrichir et confirmer cette quatrième tradition de recherche.

Partie 1 : Commencement

Chapitre 4 : approche méthodologique

4.1. Introduction

Le guide de réalisation de la thèse (2014, 9) indique que : « l'élaboration d'un modèle d'intervention consiste à imaginer, à formaliser et à mettre à l'épreuve un modèle d'intervention ajusté aux besoins d'un milieu déterminé ». Par conséquent, un tel DThP est à comprendre comme une succession de « moments » (par exemple celui de la formalisation du modèle) (cf. Chapitre 3, 60). Au plan de l'approche méthodologique (Guide réalisation 2014, 16), chaque moment est naturellement associé à l'utilisation d'une méthode particulière.

Dans le cadre de ce DThP, les moments principaux sont l'élaboration et à la validation du modèle STIV / SDAT, la vérification de sa conformité au méta-modèle de Lhotelier et Saint-Arnaud (1994), « l'identification et la réflexion sur les enjeux théologiques » (Guide réalisation 2014, 11) et « sa mise à l'épreuve » et son « évaluation par autrui » à l'aide de deux protocoles de recherche.

Comme ce travail se présente comme un dossier ordonné (cf. Avant-propos), et que, par conséquent, chaque partie possède une forme d'autonomie (cf. Chapitre 1), les méthodes elles-mêmes sont exposées en détail et discutées dans les différentes parties de ce DThP. Le but de ce bref Chapitre 4 est donc de donner une vue d'ensemble des méthodes utilisées dans les moments clefs de l'histoire du développement du modèle STIV / SDAT, de son test et de la réflexion théologique.

Certaines redondances avec des éléments ayant déjà développés soit dans les chapitres qui précèdent ou dans ceux qui suivent sont inévitables. De même il n'est pas fait mention dans ce chapitre des méthodes utilisées pour démontrer la pertinence d'éléments qui sont à la fois des conditions de possibilité pour l'intégration et le fonctionnement du modèle dans une routine clinique, mais ne sont pas directement en lien avec les exigences de ce type de DThP. Ces méthodes sont, dans ce cas aussi, exposées et détaillées dans les

chapitres 2, 3 et 5. Par exemples, les méthodes pour évaluer la plausibilité des hypothèses A et B (cf. Partie 1, Chapitre 2) ou encore la méthode de Théologie Pratique développée pour structurer l'ensemble du test du modèle (cf. Partie 2, Chapitre 5).

4.2. Moment 1 : 2004 – 2012, élaboration et validation du modèle STIV / SDAT

Le développement du modèle STIV / SDAT comprend plusieurs phases. Chacune de ces phases a fait l'objet d'une réflexion méthodologique pour tenir compte du contexte très particulier de ce développement.

Ce moment est expliqué dans deux articles de validation et une revue systématique de littérature (Monod et collab. 2010; 2011; 2012).

Le premier article de validation du modèle a été écrit sous la supervision de la professeure Spencer, spécialiste des méthodes qualitatives à l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) à Lausanne (Suisse). Il reprend le travail des experts d'un groupe de travail interdisciplinaire (Rochat 2004) et finalise le développement du modèle STIV / SDAT en formalisant le Spiritual Needs Model (SNM) (Monod et collab. 2010).

Deux ans plus tard, un deuxième article de validation comportant des données psychométriques relatives au modèle est publié.
 Cette validation complète le schéma de développement publié dans l'article de 2010 :

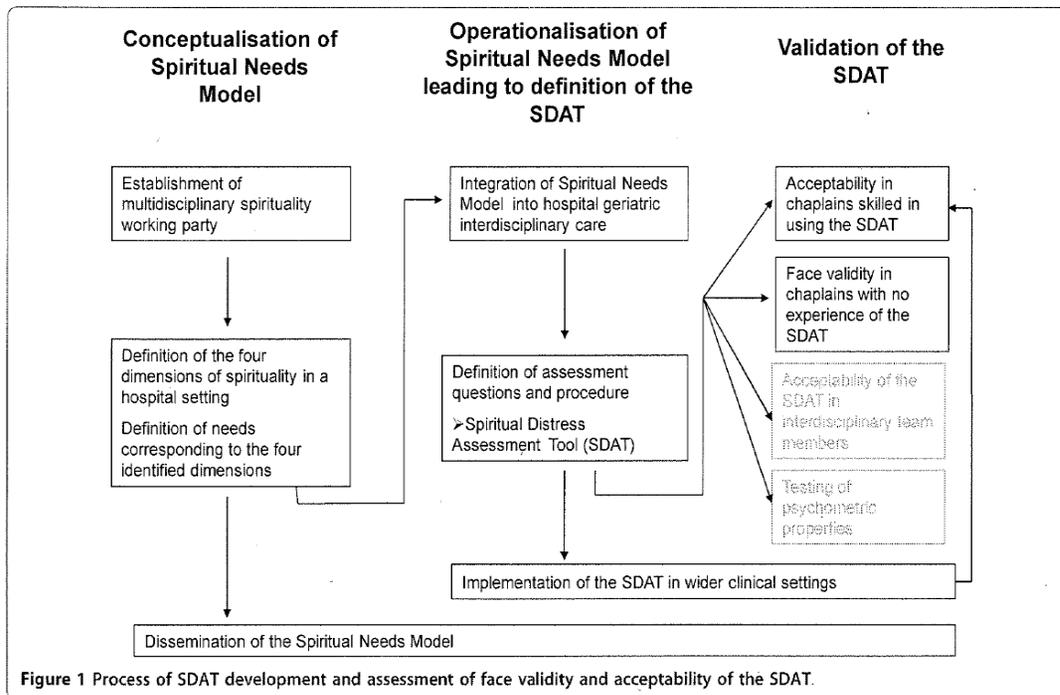


Figure n° 8 : Schéma du développement du modèle STIV / SDAT

Ainsi, l'équipe de recherche interdisciplinaire du « Projet SPI » du CUTR de Sylvana (Partie 2, Chapitre 6, 140), utilisant successivement des méthodes empruntées aux sciences humaines et médicales, a réussi à valider assez solidement un des rares outils de mesure de la détresse spirituelle des personnes âgées en réadaptation gériatrique.

4.3. Moment 2 : 2011 – 2013 : vérification de la conformité du modèle STIV / SDAT au méta-modèle de Lhotelier et Saint-Arnaud (1994) (Chapitre 3, 88)

Tout modèle d'intervention, dans ce type de DThP, est analysé et « labélisé » au moyen du méta-modèle de Lhotelier et Saint Arnaud (1994) (Guide de réalisation 2014, 9). Ce moment est particulièrement important pour deux raisons. Premièrement, une fois la conformité du modèle établie, c'est-à-dire après avoir vérifié que le modèle élaboré rencontre l'ensemble des critères du méta-modèle, il est alors possible de comparer des modèles en concurrence. Deuxièmement, dans le cas de ce DThP touchant à la pastorale hospitalière, le méta-modèle oblige l'aumônier praticien chercheur à s'assurer que le modèle élaboré se confronte à deux critères qui posent traditionnellement des difficultés majeures aux aumôniers (cf. Chapitre 3, 76), ceux touchant à « l'efficacité » et à « l'évaluation ».

Toujours au plan de la méthode, ce moment a nécessité une recontextualisation du méta-modèle dont il faut rendre compte. En fait, ce méta-modèle étant le fruit d'une sorte de « décontextualisation » des manières de faire de praticiens expérimentés (Lhotelier et Saint Arnaud 1994, 105), son utilisation pour juger du modèle STIV / SDAT et le comparer valablement au modèle issu de la tradition de recherche des aumôniers passait par une recontextualisation ou, plus précisément, une inculturation. Dans le cas de ce DThP, cette recontextualisation a consisté en la mise au jour des éléments particuliers du contexte qui conditionnent la mise en œuvre du modèle, à savoir le cadre de références culturel, la présence d'une ou de plusieurs institutions, le cadre qui détermine la pratique (spécifique et interdisciplinaire) et le cadre de références professionnelles du praticien.

Le tableau ci-dessous rappelle les six critères du méta-modèle et leur contextualisation par l'aumônier praticien chercheur (Chapitre 3, 140).

<p>Eléments qui composent le méta-modèle de Lhotelier et Saint-Arnaud (1994)</p>	<p>Contextualisation du méta-modèle aux institutions de santé</p>
<p>Un cadre d'analyse Définition : tout intervenant utilise un ensemble de normes et de valeurs à partir desquelles il porte des jugements - personnels, culturels ou professionnels sur 1) l'individu ou le groupe auprès duquel il intervient, désigné comme le bénéficiaire de l'intervention, 2) la situation qui a donné lieu à l'intervention et 3) le rapport entre le bénéficiaire et la situation ; cet ensemble de normes et de valeurs sera désigné comme le cadre d'analyse de l'intervenant.</p>	<p>Un cadre d'analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Analyse et compréhension du statut de la biomédecine dans la société aujourd'hui b- L'existence d'institutions, liens éventuels entre ces institutions et description de ce à quoi habilitent ces institutions. c- Existence d'une distance entre l'acteur et le système dans lequel l'acteur opère, et l'interprétation de cette distance d- Distinction et articulation entre les construits de spiritualité et de religion e- Vision, définition, rôle et importance du construit de la globalité de la personne malade hospitalisée f- Rôle de l'interdisciplinarité et analyse de la collaboration avec la catégorie professionnelle la plus sollicitée g- Analyse du type de patientèle dont il est le plus parlé dans la littérature h- Distinction entre « besoins » et « attentes » de la personne malade hospitalisée et rôle de l'éthique clinique
<p>Une structure de relation Tout intervenant structure, implicitement ou explicitement, la relation qui s'établit entre lui-même et le bénéficiaire de l'intervention.</p>	<p>Une structure de relation Type de relations privilégiées par les divers acteurs selon les situations / types d'action : entretien directif, semi-directif, non directif.</p>
<p>Une conception du changement Tout intervenant est un agent de changement qui utilise, implicitement ou explicitement, une théorie du changement.</p>	<p>Une conception du changement Ce que le modèle produit et qui promeut le rétablissement ou l'amélioration des aspects somatiques, fonctionnels et psychiques et des dimensions sociale, psychologique, existentielle, spirituelle et religieuse de la personne malade hospitalisée à partir de définitions de la normalité, de la guérison ou de la transformation de cette même personne. Langage privilégié dans lequel ce changement sera transcrit et transmis.</p>
<p>Une gestion du processus d'intervention Tout intervenant est le gestionnaire d'un processus d'intervention qui comporte des étapes dont l'agencement est réglé.</p>	<p>Une gestion du processus d'intervention Ensembles d'étapes (par exemple les étapes d'un protocole clinique) établis par et pour les divers types d'acteurs considérés et gérés par eux.</p>
<p>Un répertoire technique Tout intervenant dispose d'un répertoire de procédés qui se développe avec l'expérience et qui constitue sa technique d'intervention.</p>	<p>Un répertoire technique Ensemble des manières de faire de chaque groupe de professionnels, ensemble des savoirs faire et des savoirs être des différents professionnels.</p>
<p>Mode d'évaluation</p>	<p>Mode d'évaluation</p>

Tout intervenant procède, implicitement ou explicitement, à une évaluation continue de son efficacité à partir d'un ensemble de critères plus ou moins définis.	Évaluation de l'efficacité de l'intervention des divers types d'acteurs considérés à partir de normes préétablies / de critères préétablis.
--	---

Tableau n° 8 : **Rappel des six critères du méta-modèle et leur contextualisation**

4.4. Moment 3 : 2011 - 2014 : identification et discussion des enjeux théologiques du modèle

Dans le cadre d'un DThP « modèle d'intervention », il est précisé que « la réflexion théologique se fera autocritique et non seulement légitimatrice » et il est ajouté dans le cas de « l'élaboration d'un modèle » que cette réflexion « [...] en identifiera et en discutera les enjeux théologiques ».

La réflexion théologique a donc au moins deux fonctions : l'une est la « légitimation » et l'autre « l'autocritique ». La formulation laisse penser que la première est habituelle et que la seconde est à prendre en compte. Si attribuer à la réflexion théologique une fonction (auto) critique est bien en phase avec la compréhension actuelle du rôle du théologien pratique, celle de légitimation est plus problématique quant à sa définition dans ce DThP.

Dans le contexte particulier de ce DThP, ces deux fonctions de la théologie doivent être explicitées afin de clarifier la posture adoptée par le théologien praticien chercheur et de décrire les étapes pour « identifier et discuter les enjeux » du modèle STIV / SDAT.

4.4.1. La fonction « légitimatrice » de la réflexion théologique dans le contexte de ce DThP

En fait, dans ce contexte, le théologien praticien chercheur n'aura pas d'intérêt à tenter de légitimer théologiquement ses propositions (définitions des sous-dimensions du modèle, intentions de son utilisation, etc.) au sens de montrer leur « conformité » à une tradition

théologique.²⁸ La légitimation, toujours dans ce contexte, est à comprendre en termes d'efficacité, à savoir que le discours du théologien praticien chercheur est reconnu par les autres membres du groupe interdisciplinaire de recherche comme ayant la même valeur heuristique (voire scientifique) que les autres propositions. Autrement dit, le rôle de la réflexion théologique portée par le théologien praticien chercheur sera légitimé par sa capacité à être une force de proposition dans les domaines de la théorisation, de la pratique et de l'interprétation des données à partir d'une réflexion sur des éléments de sa tradition d'origine. La réflexion de Jacquemin (2005) sur l'alliance est un bon exemple de cette manière d'être théologien dans le milieu hospitalier. Cet « exercice » a été réalisé par le théologien praticien chercheur depuis plus de dix ans au sein du groupe de recherche formé pour mener à bien le « Projet SPI » et l'élaboration du modèle STIV / SDAT.

4.4.2. La fonction « (auto) critique » de la réflexion théologique dans le contexte de ce DThP

À l'intérieur d'un groupe de recherche interdisciplinaire la fonction critique des discours est fondamentale. Il ne s'agit pas d'imposer un discours sur l'objet aux autres (et donc une construction unique de la réalité), mais bien de « forcer » l'autre à repenser sa position et sa proposition faite à partir de son système / cadre de références propre. La fonction critique de la réflexion théologique rejoint alors celle de la réflexion soignante, médicale ou encore psychologique dans la recherche d'une définition / d'un construit de l'objet le plus efficient par rapport au rôle que l'équipe de recherche lui destine / attribue. Dans la tradition de recherche émergente (cf. Chapitre 3), un des objets possibles est le modèle de compréhension d'un phénomène (par exemple le modèle de compréhension du désir de mort chez les résidents en EMS) (Monod et collab. 2013). Une des conditions de possibilité de cette fonction critique de la réflexion théologique (comme de celle des autres) est la capacité de l'acteur praticien chercheur à se penser et à se mettre à distance de son système / de son cadre de référence (Dubet 1994).

²⁸ Deux éléments du contexte sont à considérer, d'une part le fait que la place de l'aumônier praticien chercheur dans l'équipe interdisciplinaire est déterminée par un paradigme médico-hospitalier et d'autre part le fait qu'il s'agit de se préoccuper des « besoins d'un milieu déterminé », à savoir le milieu hospitalier dans ce DThP.

C'est là que se joue aussi la fonction auto critique de la réflexion, notamment théologique. En effet, cette distance est le fruit d'une auto critique de son propre système / cadre de références avant que d'être une chance pour l'acteur de devenir créatif et inventif dans ce même système / cadre de références.

4.4.3. Travail de réflexion théologique

La reprise dans le contexte de ce DThP de ces deux fonctions de la réflexion théologique détermine l'ensemble du travail de réflexion théologique. Ce dernier est constitué de deux étapes.

Une première étape consiste à rendre compte d'une contribution vieille de plus de dix ans dans un groupe de recherche (cf. Partie 2, Chapitre 5). Quel travail (auto) critique par rapport à la tradition théologique a été opéré dans les divers moments de l'élaboration du modèle STIV / SDAT ? À quel moment cette auto critique a-t-elle permis une créativité, et quelles propositions ont été légitimées par les autres membres du groupe ? Les objets considérés dans cette première étape seront les quatre sous-dimensions du modèle STIV / SDAT (Sens, Transcendance, Valeurs, aspects psycho-sociaux de l'identité), leur définition et l'intention générale du modèle.

Une deuxième étape rend compte de l'interprétation théologique des résultats obtenus à l'aide de deux protocoles de recherche, l'un centré sur la mise à l'épreuve du modèle (n° 1) et l'autre sur l'évaluation du modèle par autrui (n°2) (cf. Partie 2, Chapitre 6 ; Partie 3, Chapitres 7 et 8). Pour orienter le travail théologique de cette deuxième étape, une question de recherche a été élaborée : « En quoi l'étude de l'effet d'un type de recommandation délivrée lors d'un colloque interdisciplinaire pour la prise en charge de patients âgés hospitalisés en Réadaptation Gériatrique en détresse spirituelle évaluée par le modèle STIV/SDAT, ainsi que l'étude du vécu professionnel d'aumôniers expérimentant le modèle STIV/SDAT en Réadaptation Gériatrique placent la réflexion contemporaine sur la Kénose au centre du travail de l'aumônier d'hôpital? ». (cf. Partie 2, Chapitre 6, 143)

4.5. Moment 4 : 2013 : « mise à l'épreuve » et « évaluation par autrui » du modèle STIV / SDAT à l'aide de deux protocoles de recherche (cf. Partie 2, Chapitre 6)

Ce moment répond aux deux exigences relatives à un DThP du type « élaboration d'un modèle d'intervention » telles qu'elles sont formulées dans le document « la thèse, guide de réalisation » (2014, 11). Comme mentionné ci-dessus, la première est de mettre en place une « démarche de mise à l'épreuve » du modèle et la deuxième est une « évaluation par autrui » du modèle. Ces deux manières de tester le modèle se font en lien direct avec les « besoins d'un milieu déterminé ». En fait ces deux exigences amènent l'aumônier praticien chercheur à l'élaboration de deux protocoles de recherche bien contextualisés pour collecter des données sur la production du modèle et sur l'effet de son utilisation sur « le vécu professionnel » d'autres aumôniers. Autrement dit, ces protocoles sont assimilables à des tests pour vérifier que le modèle élaboré produit ce qui est attendu, que cette production a un effet évaluable sur le terrain et que ce même modèle est utilisable par d'autres.

Les deux protocoles exigés par ce moment nécessitent chacun une méthode différente, mais dépendent d'un même geste scientifique adossé à la recherche qualitative. Dans un recueil sur les méthodes qualitatives, Schneider (2006) fait précéder l'exposé de divers types de recherches qualitatives par des schémas montrant quels sont les éléments et enchaînements logiques nécessaires pour que ces méthodes aient une valeur scientifique. L'auteur montre aussi plusieurs classifications possibles qui mettent en lien les buts visés et les diverses manières de recueillir des données. Cette présentation, si elle laisse une certaine latitude à l'aumônier praticien chercheur de mettre en lien de manière originale deux manières de recueillir des données avec les buts fixés tout en conservant aux protocoles leur caractère scientifique, montre aussi la difficulté de « ranger » ceux-ci dans l'une ou l'autre catégorie. Finalement, c'est « l'étude de cas intelligente » (Schneider, B-6) appliquée de manière différenciée à chaque protocole qui a été retenue, puisqu'il est possible de relier l'analyse des données obtenues à des finalités « exploratoire, explicative et descriptive/compréhensive » (classification de Marshall et Rossmann citée par Schneider (B-7)).

4.5.1. Protocole n° 1 : Présentation de trois études cas de patients souffrant de détresse spirituelle évaluée par le modèle STIV/SDAT hospitalisés au CUTR de Sylvana, y compris l'étude de l'effet des recommandations du type 3 pour la prise en charge de patients (cf. Partie 2, Chapitre 6, 143)

L'objectif principal du protocole n°1 est la présentation de l'étude de trois cas de patients souffrant de détresse spirituelle évaluée par le modèle STIV/SDAT hospitalisés au CUTR de Sylvana et dont la situation a fait l'objet d'une recommandation visant à modifier le plan de soins (cf. Partie 2, Chapitre 6, 144) lors d'un colloque interdisciplinaire (CI) hebdomadaire, et son but est d'étudier et caractériser l'effet de ce type particulier de recommandation sur la prise en charge de patients hospitalisés au CUTR de Sylvana.

Cette présentation de dossiers s'inspire du livre de Jenicek (1997) sur la casuistique médicale.²⁹ Ce professeur y explique l'importance de rapporter de manière rigoureuse et minutieuse des cas cliniques choisis pour leurs côtés originaux ou inhabituels. Jenicek et Mornex voient dans cette manière de faire non pas une simple façon de faire connaître des « bizarreries » (Jenicek 1997, 26) mais une contribution significative à la science clinique et à la formation des jeunes médecins.

4.5.2. Protocole n° 2 : Analyse du vécu professionnel de trois aumôniers expérimentés ayant fait un stage expérimental de cinq semaines d'apprentissage du modèle STIV / SDAT au CUTR de Sylvana intitulé : « stage de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT » (cf. Partie 2, Chapitre 6, 153)

Les objectifs principaux du protocole n°2 sont d'analyser les rapports de trois aumôniers ayant participé au « stage de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT », de relever les éventuelles difficultés auxquelles ont dû faire face ces trois aumôniers et de relever également les éléments pertinents pour une révision du modèle STIV / SDAT.

Ces rapports (rédigés sous la forme d'un journal) seront lus par le théologien praticien chercheur et le vécu professionnel de chaque aumônier fera l'objet d'une synthèse en fonction de cinq critères (l'impact que le stage a sur lui et sur ce qu'il fait, les éléments qu'il

²⁹ Pour la petite histoire, le professeur Mornex, qui signe la préface du livre, parle d'un emprunt de termes à la théologie.

s'approprié, la progression dans l'apprentissage du modèle et l'état dans lequel il se trouve (physique et psychique). Puis un synoptique des quatre synthèses sera réalisé afin de constater s'il est possible de discerner des similitudes dans les expériences de ces aumôniers.

4.6. Conclusion

Cette succession de « moments » et l'ensemble de cette réflexion méthodologique doit permettre de répondre aux exigences de l'élaboration d'un modèle, de « mettre à l'épreuve » ce modèle, et de montrer comment la réflexion théologique dans ce contexte si particulier amène à une pratique d'accompagnement de la « crise en temps de maladie » renouvelée et à des praticiens transformés.

Partie 2 : Préparation à la recherche

Chapitre 5 : Elaboration du modèle STIV / SDAT : récit d'une contribution

5.1. Introduction

Les articles de validation (Monod et collab. 2010, 2012) et le Chapitre 5 de la Partie 2 de ce DThP rappellent l'historique de la conception du modèle STIV / SDAT, les éléments principaux qui le structurent, ainsi que son fonctionnement. Comme annoncé dans le document « approche méthodologique » (cf. Partie 1, Chapitre 4), le présent document présente le récit d'une des contributions faites par l'aumônier praticien chercheur lors des deux phases du développement du modèle (Monod et collab. 2010) ainsi qu'une courte discussion de quelques enjeux théologiques provenant des choix opérés dans ce développement.

Il est nécessaire de préciser ici la posture particulière de l'aumônier praticien chercheur au cours de ce travail d'élaboration, posture également imposée aux autres aumôniers présents dans le groupe (Monod et collab. 2010). Premièrement, dans cette posture, l'aumônier praticien chercheur devenu le théologien praticien chercheur dans ce moment particulier du travail, reprend et assume les éléments du méta-modèle relié au modèle STIV / SDAT présenté dans la revue de littérature (cf. Partie 1, Chapitre 3, 74). Deuxièmement, elle est déterminée par le fait que le développement du modèle STIV/SDAT n'est ni le fait d'ecclésiastiques, d'aumôniers ou encore d'accompagnants spirituels qui le testeraient ensuite dans le cadre d'une institution laïque de santé, ni le fait de membres de la communauté soignante qui le proposeraient ensuite aux envoyés des Eglises en vue de renouveler leur pratique de pastorale hospitalière. En d'autres mots, ces contributions et leur discussion en lien avec des enjeux théologiques du modèle STIV / SDAT ne concernent pas une réflexion sur une pratique d'accompagnement spirituel en hôpital comprise comme une pratique ecclésiale, mais l'apport du théologien praticien chercheur considéré comme un travailleur de la santé intégré à l'institution laïque de santé. Troisièmement, comme le développement théorique et pratique du modèle STIV / SDAT obéit à des étapes définies par les

sciences humaines et médicales, et que son utilisation est prévue dans le cadre habituel du soin en réadaptation gériatrique, cette posture exige que cet apport soit non seulement fondé théologiquement et compréhensible pour l'ensemble des contributeurs, mais encore critiquable par ces derniers.

Le document « travail sur la méthode » (partie 2, section 2.1.) précise ainsi l'originalité de cette posture du théologien praticien chercheur : « [...], le rôle de la réflexion théologique portée par le théologien praticien chercheur sera légitimé par sa capacité à être une force de proposition dans les domaines de la théorisation, de la pratique et de l'interprétation des données à partir d'une réflexion sur des éléments de sa tradition d'origine » (p14).

Cette posture oblige à se risquer hors d'un rôle de discutant dans une position de surplomb sans impératif d'efficacité, et même de celui de producteur d'un « discours théologique réussi [...] qui parviendrait à dire et à articuler de façon critique et *intelligible aujourd'hui* le *sens* offert en Jésus-Christ et selon lequel s'orientent ceux qui ont choisi la voie de Jésus-Christ » (Lucier, 1987), afin de devenir contributeur à un projet au même titre que les autres membres de l'équipe interdisciplinaire de soin.

Cette posture implique aussi que l'institution laïque de santé accepte d'habiliter l'ensemble des participants, et en particulier les théologiens, à l'élaboration d'un tel modèle et surtout à son test. Ainsi, pour ce projet, après de longues négociations, ce sont effectivement les directions des établissements qui ont mandaté chacun des participants, notamment les aumôniers présents.

Il est temps de rendre compte de la méthode développée et utilisée au cours de ce travail.

5.2. Méthode

5.2.1 Réflexion méthodologique

L'introduction à cette partie du DThP indique la nécessité d'une réflexion méthodologique. En effet, à ce stade, deux questions se posent. La première est de savoir si cette posture et ce qu'elle implique est compatible avec une démarche en théologie pratique, et la seconde est de chercher si les méthodes habituelles en théologie pratique permettent le développement du modèle STIV / SDAT.

Les essais récents pour définir la théologie pratique parlent d'une discipline possédant deux axes principaux. Un premier axe regroupe les travaux sur « les pratiques religieuses dans l'Eglise et dans la société » et un deuxième supporte la recherche sur « une approche théologique globale dominée par la référence à la praxis des croyants » (définition de la Société Internationale de la théologie pratique (SITP)). Ainsi par exemple, sur le premier axe, Parmentier (2006) considère que la théologie pratique doit permettre une réflexion et un renouvellement de l'ensemble des pratiques pastorales (homilétique, etc.). Sur le deuxième axe, Donegani (2007) veut « [...] élaborer une pensée critique à partir de l'expérience de foi, la question première [...] étant de parvenir à saisir cette expérience et de comprendre en quoi celle-ci révèle quelque chose de la foi elle-même [...]. Le but restant, pour les responsables de la SITP, de créer « [...] un lieu épistémologique propre : la communication du message évangélique via ses multiples expressions et version dans le monde aujourd'hui. » (SITP).

Les méthodes dites de la corrélation, inspirées principalement par les travaux de Tillich (1951) et de Schillebeeckx (1981) font aujourd'hui encore consensus parmi les chercheurs en théologie pratique pour atteindre ce but, même si elles sont discutées et critiquées (Dumas, 2004 ; Kambou [sd]). Un double défi marque cette recherche à la fois théorique et pratique : créer un nouveau type de discours théologique et établir les méthodes qui le déterminent. Ce nouveau discours théologique nécessite de se distancer d'« [...] un discours dont la vérité tiendrait à sa seule cohérence propre, sans confrontation avec la réalité et sans attention accordée à l'histoire » (Gisel 1989, 11) et de trouver une légitimité grâce à l'élaboration de méthodes appropriées (Donzé 1989 ; Van der Ven 1994 ; Joncheray 2007). Cette entreprise ne va pas sans heurt. Ainsi Gagey (2004) n'hésite pas à dire qu'il trouve : « les discours des

théoriciens et des praticiens de la théologie pratique [...] souvent embrouillés et fort apologétiques. » (Gagey 2004, 2). Il ajoute : « [...] que bien des déclarations épistémologiques de haut vol sont avant tout destinées à améliorer la légitimité académique des départements de théologie pratiques [...] ». (Gagey 2004, 2).

Pour effectuer ce changement dans le travail en théologie et tenter d'opérationnaliser ces approches, très conscients de travailler à « une discipline précaire » (Gagey 2004, 2 ; Grellier 1997), les chercheurs en théologie pratique présentent généralement des méthodes en trois étapes (Lucier 1987 ; Donzé 1989, 187 ; Van Wyk 1995 ; Nadeau 1998, 80 , Parmentier 2006 ; Darragh 2007 ; Gagnebin 2007 , Kambou [sd]) dans le triple but de prouver que prendre au sérieux les pratiques est la seule chance de survie pour la théologie aujourd'hui (Nadeau 1998, 77), de continuer à préciser la « rationalité » (Gagey 2004 ; Blaser 2007 ; Viau 2007) de la discipline (notamment à partir des liens entre sciences humaines et théologie (Joncheray 2007)) et de montrer aussi que le projet global de la théologie pratique ne porte pas qu'un but apologétique (Tillich 1968 ; Gagey 2004), mais bien des buts déterminés par les objets étudiés (Nadeau, 1998).

La **première** étape de ces méthodes consiste à analyser une pratique à l'aide d'une méthode reconnue en sciences humaines (Nadeau 2007). Comme justifié ci-dessus, cette première étape fait l'unanimité chez les tenants de la théologie pratique, ces derniers considérant que le point de départ de tout travail théologique dans cette discipline est et doit rester la pratique.

Cette première étape rappelle, dans les manières différentes de considérer la ou les pratiques, que toute démarche en théologie pratique est non seulement inscrite dans une histoire et un contexte, mais qu'elle doit préciser son but. Peut-être est-ce là une des différences avec les autres travaux en théologie où le ou les buts sont ordonnés par la discipline dans laquelle ils se déroulent. En théologie pratique, sous-jacent(s) ou clarifié(s), du fait des liens avec les sciences humaines, le ou les but(s) font partie des éléments à déterminer lors du démarrage de tout travail (Van der Ven 1994, 120).

Il est donc logique que l'analyse d'une pratique soit ordonnée à des buts différents. Un premier peut être de renouveler ou de transformer une pratique ecclésiale (Donzé 1989 ; Parmentier 2006). Un deuxième de montrer comment une pratique peut être

considérée comme un « lieu théologique » (Rousseau 2006 ; Campbell 2006) (devenant une des sources possibles de la révélation) et, par un travail sur le langage, venir approfondir, enrichir et bousculer le discours théologique traditionnel sur Dieu et la personne humaine (Viau 1992, 138). Un troisième peut être d'élaborer et/ou de développer un discours théologique original (Caenepeel 2007, 182). Ce discours est appelé à jouer un rôle critique, avec une forme d'efficacité comprise comme sa capacité à faire comprendre le monde autrement aux personnes à qui il est adressé (par exemple en (re)intégrant le règne de Dieu dans cette vision du monde) (Viau 2007).

La **deuxième** étape consiste en : « une démarche interprétative marquée par la mémoire chrétienne, particulièrement par l'Évangile » (Nadeau 1998, 80). De là vient l'importance du pôle herméneutique de la théologie (Geffré 2001) pour la théologie pratique (Lucier 1987, 70). Pour signifier de manière simple et sans doute caricaturale comment l'herméneutique est utilisée en théologie pratique, il suffit de dire que chaque organisation, chaque pratique, chaque texte, chaque événement, chaque élément de la tradition requis ou convoqué doit être soumis à une forme ou une autre d'herméneutique (Ménard 1993) en vue d'atteindre les buts fixés par les chercheurs (Joncheray 2007, 174). Cet ensemble d'interprétations fait appel à un nombre varié de méthodes et d'auteurs, et fonde les demandes tout aussi variées d'interdisciplinarité. Autrement dit, cette deuxième étape est marquée par la compréhension que les chercheurs ont du discours théologique et des pratiques étudiées, et par leurs capacités à réaliser une « confrontation critique réciproque » (Donzé 1989, 189) des discours obtenus.

Chaque chercheur, même s'il n'en rend pas souvent explicitement compte et ne situe que rarement sa manière de faire par rapport à celle des autres, centre ce temps différemment. Gagnebin (2007), par exemple, considérant les deux pôles de la corrélation, centre son travail herméneutique sur le pôle de la tradition et de la révélation, en articulant quatre composantes de la foi avec la figure de la pyramide (Gagnebin 2007, 196).

En fait, les travaux montrent que les chercheurs peinent à distinguer si leur intention (Pacherie 2002) est de parler autrement de Dieu lui-même à partir des données recueillies à l'aide des sciences humaines ou de montrer comment un discours autre sur Dieu peut transformer à la fois les acteurs et les pratiques dans l'Eglise ou celles des chrétiens dans le monde (Georgi 1997 ; Hurley 2011).

Enfin, l'organisation pratique de cette confrontation est elle aussi très variée. Recherche de situations semblables (analogie de situations) (Donzé 1989, 189), élaboration d'une « théorie théologique » à tester à l'aide de thèmes théologiques surgissant lors du travail de recherche en sciences humaines (Van der Ven 1994, 122) ou encore une « rencontre dialectique » (Lucier 1987, 75) entre deux moments herméneutiques.

Cette deuxième étape ne cesse donc pas de stimuler et d'interroger les chercheurs en théologie pratique. Et si les conditions de possibilité de faire se rencontrer les jeux de langage du ciel et de la terre ont occupé longtemps le terrain (Nadeau 1998 ; Viau 1992 1993), les défis actuels se situent plutôt sur de nouvelles manières d'aborder les possibles conflits d'épistémologie (Jobin [sd], 4) et l'épineuse question de la vérité (Joncheray 2007, 173).

La **troisième** étape consiste toujours en la concrétisation du ou des buts fixés au début de la démarche en théologie pratique suite au dévoilement plus ou moins abouti des intentions des chercheurs. Cette concrétisation, également fort diverse, se veut un retour à la pratique. Elle se propose d'exposer les résultats obtenus pour une meilleure connaissance d'une pratique ou d'un phénomène (Nadeau 2008), d'émettre des recommandations pour de futures recherches et applications une fois établie la mécanique herméneutique du pôle traditionnel de la corrélation (Gagnebin 2007), de tester un modèle (Van der Ven 1994, 123), proposer de nouvelles manières d'agir en Eglise ou dans la société (Parmentier 2006) ou encore vérifier l'efficacité d'un discours théologique critique (Viau 2007).

Si ces méthodes montrent une rupture claire avec la théologie spéculative et les espoirs placés dans le nominalisme (Viau 1992), et évitent à la fois l'orthodoxie (théologie pratique comme application de normes aux pratiques du terrain ecclésial) et l'orthopraxie (les pratiques deviennent la source unique des normes) (Routhier 2008), elles restent tributaires d'une vision du monde où le discours

théologique aurait encore « naturellement » à (re)conquérir une place privilégiée dans la société et la culture en tant que porteur d'un message de vie et de sens pour l'humain et le monde.

Ce bref parcours dans le champ de la théologie pratique montre surtout qu'il reste ouvert à l'expérimentation, y compris au fait que l'effet du renouvellement d'une pratique ou d'un discours théologique dans la société et la culture peut être mesuré d'une manière très différente selon le contexte (immédiatement ou à distance, directement ou médié). Ces deux constats forment une sorte de permission pour utiliser une méthode particulière.

5.2.2. Présentation de la méthode utilisée dans ce DThP

La posture du théologien praticien chercheur exige de faire le deuil de cette finalité de (re)conquête en tant qu'elle serait posée comme horizon de tout travail en théologie pratique.

Cette méthode s'est mise en place au cours des dix ans d'élaboration du modèle STIV / SDAT et a servi de fil rouge au geste de ce DThP. Elle est tributaire des réflexions de Joncheray (2007) lorsque ce dernier tente de définir les modalités d'une interdisciplinarité « possible » entre les chercheurs en théologie pratique et ceux des sciences humaines et de Nadeau (2007, 228), dans le sens d'une méthode dont découle une pratique assimilable à une démarche clinique. Enfin, elle s'est inspirée des travaux de Van der Ven (1994, 121) (définir une « théorie théologique », faire de l'intradisciplinarité et élaborer un « modèle conceptuel »), même si elle n'en reprend que partiellement le but final à savoir « [...] préciser le problème pour qu'il devienne une question scientifico-théologique » (Van der Ven 1994, 120).

Cette méthode a aussi servi dans d'autres projets (par exemple le projet de Stéfanie Monod du programme national suisse de recherche n° 67 consacré à la fin de vie) (Monod et collab. 2013).

5.2.2.1. Schéma directeur

Le schéma récapitulatif ci-dessous présente les principaux éléments et moments de cette méthode :

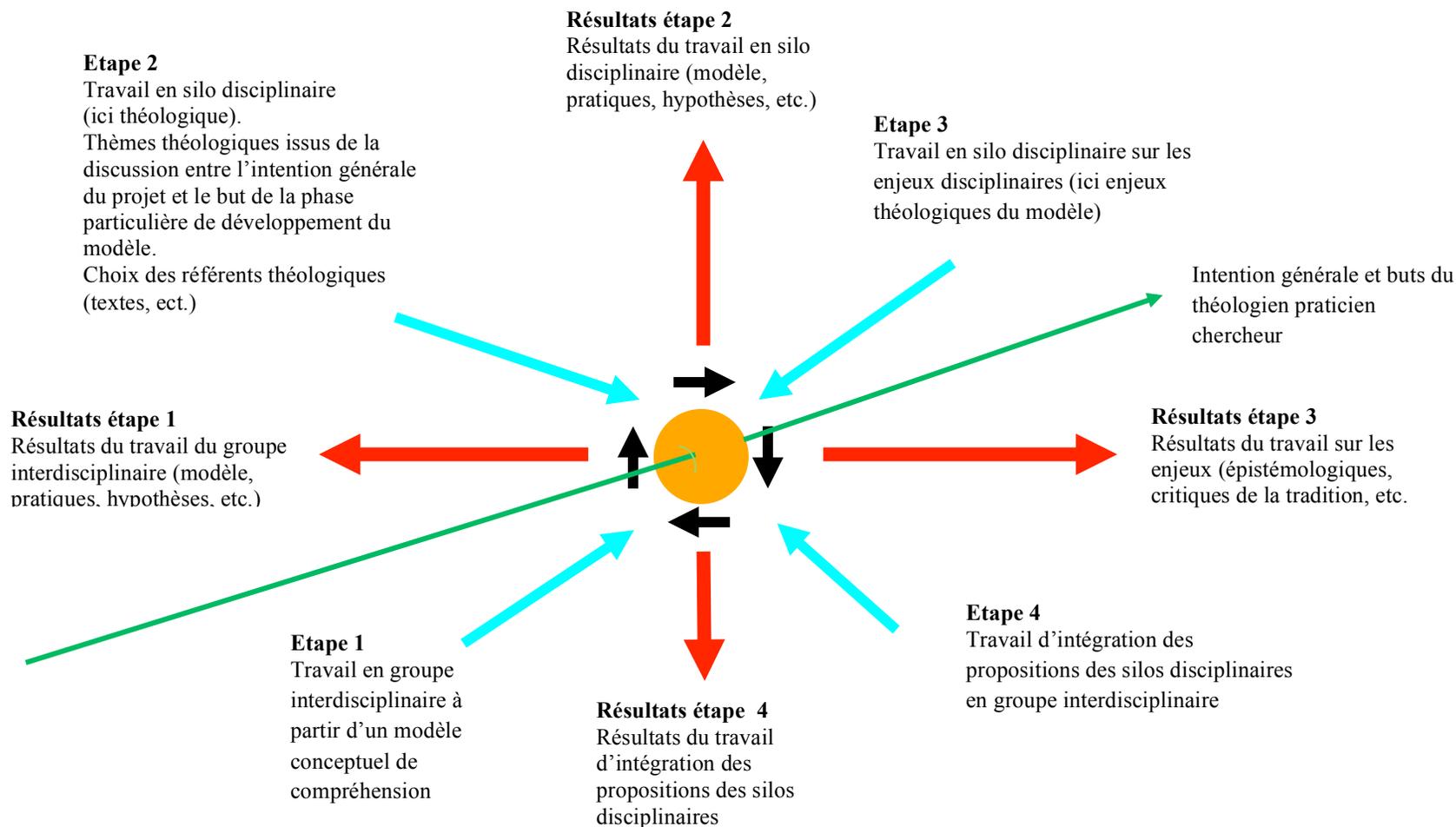


Figure n° 9 : Schéma directeur de la méthode de Théologie Pratique

5.2.2.2. Description de cette méthode et de son utilisation dans l'élaboration du modèle STIV / SDAT

Le schéma ci-dessus montre que l'intention générale va jouer un rôle central dans l'ensemble du travail. Cette méthode distingue le but de l'intention. Cette dernière est comprise comme une « action de la volonté par laquelle on fixe le but d'une activité ou encore la motivation qui conduit à intervenir » (Pacherie 2002, 26). Autrement dit, la volonté du chercheur est le premier acte de cette méthode dans la mesure où elle va générer une intention générale pour le projet. C'est un premier aspect heuristique où une forme de dialogue intérieur du chercheur imprime sa marque sur le début de la démarche.

Dans le projet de ce DThP, même si la chronologie des étapes a été souvent bouleversée, l'intention qui préside au développement du modèle STIV / SDAT est celle d'être capable, en tant qu'aumônier, de confronter ce que les médecins disent de l'état des patients dans les institutions de santé. Evidemment, même si cette intention va orienter l'ensemble de la démarche, elle doit elle-même se confronter aux réalités du terrain des institutions de santé, et se transformer de manière à être traduite en un but utile, réalisable et dans le champ de la compétence des aumôniers. C'est ainsi que le but est devenu, à la fin de la démarche : « générer un discours à partir d'une analyse de la dimension spirituelle d'un patient âgé hospitalisé en réadaptation gériatrique qui puisse questionner les buts du projet thérapeutique basé sur le discours médical ».

Les moyens privilégiés pour atteindre ce but sont l'établissement d'un modèle conceptuel de compréhension, une réflexion théologique et le travail en interdisciplinarité.

La pratique étudiée dans cette méthode d'élaboration du modèle n'est donc pas une pratique opérée par un ou des acteurs sur le terrain, mais bien la pratique de création, d'élaboration et de définition d'un groupe interdisciplinaire et le résultat auquel il parvient.

Cette méthode comporte quatre étapes.

Les étapes 1 et 4, soit chronologiquement la première et la dernière, constituent les moments de travail d'un groupe interdisciplinaire pour l'élaboration et la validation du modèle conceptuel de compréhension, ici celui du modèle STIV / SDAT. La deuxième étape permet d'élaborer les propositions qui feront la contribution du ou des théologiens praticiens chercheurs et la troisième étape permet de

discuter les enjeux théologiques. La succession des étapes oblige à une alternance du type de travail. D'abord le travail interdisciplinaire en groupe, puis le travail en silo (temps individuel ou en petits groupes composés d'individus de même profession), puis à nouveau le travail interdisciplinaire. Le groupe interdisciplinaire étant le seul autorisé à prendre les décisions finales (étape 4). La partie de la méthode la plus développée dans ce document est celle composée des étapes 2 et 3, centrée sur les conditions de production des propositions du ou des théologiens praticiens chercheurs et du dialogue critique avec la tradition théologique chrétienne. Mais, parce qu'ils sont eux-mêmes impliqués dans le travail interdisciplinaire, les étapes 1 et 4 sont aussi brièvement décrites ci-après.

5.2.2.2.1. Description des étapes 1 et 4

Dans ces étapes 1 et 4, les membres du groupe interdisciplinaire (ce groupe était composé d'un médecin, de deux soignants et de trois aumôniers) ont accepté de travailler selon une perspective constructiviste. Cette approche, bien connue dans le monde de la thérapie familiale, peut être adaptée à l'élaboration d'un modèle tel que le modèle STIV / SDAT. Cette possible adaptation est bien illustrée par cette citation de Gergen (2006) : « Le constructivisme n'est pas un amalgame de techniques, ni une manière d'aider des gens troublés ou malades. C'est plutôt une manière particulière de regarder et de comprendre ce qui a lieu en thérapie, c'est une théorie qui décrit ce qui se passe dans un système thérapeutique. ». Ce fait a une double importance. Premièrement il pose qu'« aucun des participants ne saurait regarder l'autre de haut sous prétexte que la qualité ontologique de son propre savoir serait supérieure » (Lampe 2006). Le fait que l'ensemble des participants à l'élaboration du modèle STIV / SDAT accepte que le spirituel / la spiritualité de la personne est une réalité construite (et donc discutable et critiquable) permet de dépasser l'impasse que crée, dans un travail interdisciplinaire, le lien que chaque silo disciplinaire entretient avec la vérité et l'objectivité de son savoir sur cet objet. Dans ce DThP, il est amusant de constater que cette problématique s'est déplacée des théologiens vers les soignants quant aux thématiques de la spiritualité de la personne malade hospitalisée et de la spiritualité dans les soins (Jobin [sd], 12), ces derniers considérant souvent que leur discours est maintenant prépondérant. Cela est bien visible lorsque le dialogue entre les théologiens et la communauté

soignante se heurte à deux difficultés, l'une tenant au fait que la spiritualité de la personne malade hospitalisée est devenue une partie intégrante de la personne humaine conduisant à la complète détraditionnalisation des croyances et du spirituel (Jobin 2013, 15), et l'autre provenant du fait que la biomédecine absorbe le spirituel et le soumet à de nouvelles normativités (Jobin 2013, 37) et par là, à une « réduction » (Jobin ([sd], 24).

Deuxièmement, la perspective constructiviste ne fait pas que permettre ce travail interdisciplinaire, elle offre également une chance de situer les contributions des participants sans confondre les éléments qui se rapportent à la structure et ceux qui se rapportent à la fonction (cf. figure 10, 109). Ainsi, l'espoir est là que les participants à cette « pratique » interdisciplinaire, en acceptant ce décentrage et des moments où les épistémologies et les buts des tentatives de mise en œuvre sont discutés, ne soient pas dans un travail prétexte, soumis aux forces énormes du monde biomédical, mais dans un mouvement alliant dépouillement et dépassement vers un vrai renouvellement de la théorie et des pratiques de soins relatives à la spiritualité.

Le schéma ci-dessous montre les deux moments et les trois lieux de ce travail interdisciplinaire d'inspiration constructiviste :

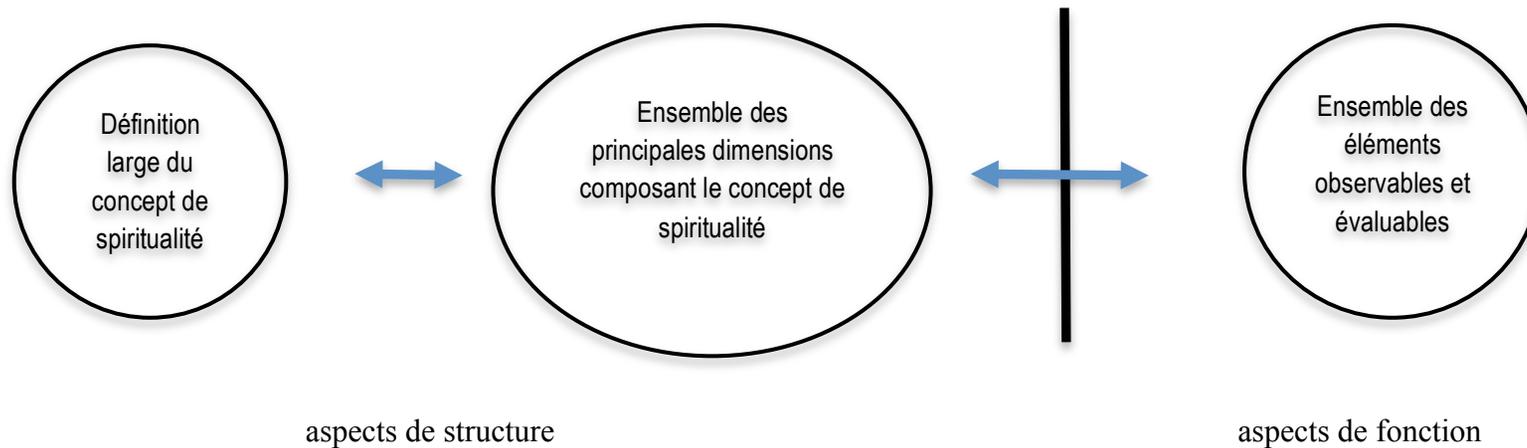


Figure n° 10 : **Les deux moments et les trois lieux du travail interdisciplinaire d'inspiration constructiviste**

Le fonctionnement de ce schéma n'est pas d'abord chronologique. En effet, la manière dont le groupe interdisciplinaire a fonctionné montre que les apports de ses membres se concentrent parfois sur les aspects de structure et parfois sur les aspects de fonction et que les discussions portent sur les conséquences de ces apports sur le construit global. Ce schéma sert donc principalement à situer « ce sur quoi » le groupe travaille et oblige chaque participant à montrer les liens entre l'état du construit et ce qu'il amène. Le moment le plus délicat de ce travail, symbolisé par un fil entortillé autour de la barre qui sépare les aspects de structure des aspects de fonction du modèle, est sans nul doute celui qui fait correspondre les dimensions du concept avec un ensemble d'éléments interconnectés, observables et évaluables. Le travail s'arrête lorsque les trois cercles se superposent le plus possible, illustrant ainsi que c'est bien la théorie définie qui permet d'observer ce que l'on observe.

Les étapes 1 et 4, de la méthode doivent respecter les exigences habituelles de la recherche (recherche de littérature, focus groupes d'experts, etc.). Ces exigences ont été remplies dans l'élaboration du modèle STIV / SDAT (Monod et collab. 2010). Mais, trois caractéristiques techniques singulières sont décrites ci-après, car elles n'ont pas pu être introduites dans le premier article de validation du modèle STIV / SDAT.

La première caractéristique technique, conséquence directe de la mise en œuvre d'une perspective constructiviste, a été d'établir un modèle conceptuel de compréhension de la dimension spirituelle de la personne âgée malade hospitalisée en réadaptation gériatrique et de son intégration au modèle biopsychosocial et spirituel (Sulmasy, 2002). Un modèle conceptuel de compréhension n'est pas une copie de la réalité. C'est une construction intellectuelle destinée à faciliter la compréhension d'une réalité très complexe en réduisant celle-ci à quelques flèches et à quelques formes géométriques simples. Par exemple, Cohen et Bailey (1997) parlent de ce type de modèle comme d'un cadre heuristique pour comparer diverses études sur un même thème.

La deuxième caractéristique technique a été d'utiliser la technique du jeu de rôle pour découvrir, recueillir et analyser les expériences, connaissances et compétences des membres du groupe. De plus les prises de conscience opérées dans ces jeux de rôle ont permis de travailler les frontières, les territoires et donc les élargissements possibles aux autres contributions par la position de métacommunication que cette technique implique.

La troisième caractéristique technique a consisté à travailler et critiquer les apports provenant des disciplines et des traditions de recherche des différents membres du groupe en vue de l'élaboration du modèle STIV / SDAT.

Ces moments des étapes 1 et 4 ont permis au groupe interdisciplinaire de mesurer l'avancement dans la définition des objets composant le modèle conceptuel, de discuter les contributions et d'intégrer de nouvelles propositions par le choix des éléments qui constitueront finalement le modèle tant du point de vue de sa structure que de celui de sa fonction (cf. Partie 2, Chapitre 6, 135).

5.2.2.2. Description des étapes 2 et 3

Les étapes 2 et 3 sont un moment spécifique de travail théologique. L'étape 2 démarre à partir « de là où en est » le travail du groupe interdisciplinaire. Parfois une impasse, parfois un produit (presque) fini (modèle, etc.) ou encore un ensemble de questions des participants. Le but du théologien praticien chercheur ou du groupe de théologiens est de faire avancer le travail en utilisant les ressources de la tradition théologique chrétienne.

La contribution des théologiens à certains débats sociaux ou biomédicaux n'est pas nouvelle, ainsi, à propos de l'euthanasie, Doucet (1998, 131) veut « montrer en quoi la théologie peut contribuer à éclairer la discussion commune sur la question ». Plus proche des préoccupations de ce DThP, Jacquemin (2002) travaille sur les conditions de possibilités d'œuvrer à l'intérieur de la médecine moderne à partir d'une position de non puissance. Dans l'introduction il (Jacquemin 2002, 5) décrit son intention de « [...] réfléchir en théologien au développement des techniques biomédicales dans une société laïque [...] ». Mais ces essais n'ont pas grande occasion de mesurer un impact sur la pratique des soignants et des médecins. Il faut simplement espérer que la notoriété de ces chercheurs et la pertinence de leurs travaux rendra leur contribution incontournable au moment de discuter de nouvelles politiques publiques relatives à ces thématiques.

Dans cette étape, c'est la discussion sur les liens et/ou les conflits entre l'intention générale et l'intention particulière reliée au rôle de l'objet en discussion dans l'ensemble de l'élaboration du projet qui va générer les thèmes à reprendre théologiquement. Même si cette étape « reste et restera toujours un pari » (Lucier 1987, 19) cette discussion sur les intentions oblige les théologiens à ne pas éviter des thèmes difficiles.

L'étape 3 sert à discuter certains enjeux théologiques de la formulation finale de la contribution des théologiens praticiens chercheurs. Un enjeu théologique est compris comme une réflexion critique touchant des éléments de la tradition théologique, c'est-à-dire le fruit d'une herméneutique opérée à l'aide des résultats de l'analyse de la pratique. Par exemple, à la fin d'un accompagnement de plusieurs mois et une analyse psychologique approfondie de sa pratique spirituelle (travail en analyse transactionnelle), une soignante confie à

l'aumônier que sa représentation de Dieu a évolué vers celle d'un « grand frère vivant avec elle en colocation ». La réflexion théologique provoquée ainsi chez le théologien comporte bien un enjeu théologique, dans la mesure où il ne s'agit pas simplement de juger de l'adéquation de cette représentation de Dieu avec les images traditionnelles, mais bien de considérer comment cette réflexion issue de l'analyse de la pratique possède un potentiel herméneutique par rapport à la tradition.

Un enjeu théologique ne concerne donc pas les autres membres du groupe interdisciplinaire et les conclusions de la réflexion restent à l'intérieur du silo disciplinaire théologique, à l'usage des théologiens pour la suite du travail ou d'une autre démarche en théologie pratique.

5.2.2.3. Une méthode qui avance par boucles successives

Le schéma ci-dessous illustre le fonctionnement par boucles successives de cette méthode. Chaque boucle permet de progresser vers l'élaboration finale du modèle.

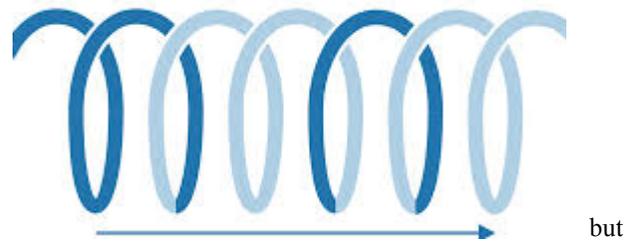


Figure n° 11 : **Schéma pour illustrer la manière dont la méthode permet d'avancer**

5.2.2.4. Enjeu du développement de cette méthode

Pour faire suite à la revue de littérature (Partie 1, Chapitre 3), l'utilisation systématique et la critique en parallèle de cette méthode devraient contribuer à faire émerger une quatrième tradition de recherche relative au spirituel dans les soins.

5.2.2.5. Une méthode de théologie pratique

Les possibilités de chercher, de tester et d'innover dans le champ de la théologie pratique deviennent évidentes lorsqu'on l'explore. En ce sens, si l'objet de ce travail nécessite le développement d'une méthode particulière, cette dernière comporte les principaux moments et éléments constitutifs d'une méthode en théologie pratique. Le théologien praticien chercheur considère dès lors que cette méthode s'inscrit dans le champ de la théologie pratique.

5.3. Un récit d'une contribution à l'élaboration du modèle STIV / SDAT et discussion de quelques enjeux théologiques

5.3.1. La spiritualité de la personne âgée malade hospitalisée en Réadaptation gériatrique : une dimension composée de plusieurs sous-dimensions

Dans cet exemple, le théologien praticien chercheur raconte comment il contribue, avec d'autres théologiens, à une partie de la définition de la spiritualité de la personne âgée malade hospitalisée en réadaptation gériatrique.

5.3.1.1. Etape 1 : découverte des exigences du travail interdisciplinaire

Les membres du groupe interdisciplinaire démarrent leurs travaux en se posant une double question. La première porte sur les caractéristiques des définitions de la spiritualité dans la littérature et la deuxième sur le fait de reprendre une définition existante ou d'en proposer une nouvelle pour constituer la base de ce travail. Cette première « pratique » aboutit à une impasse dans la mesure où aucun consensus n'émerge des discussions du groupe.

Certes, ses membres réaffirment la distinction entre spiritualité et religion et comprennent le concept de spiritualité comme un concept plus large que celui de religion. Mais, ils prennent également conscience, grâce à la recherche de littérature, aux discussions et aux jeux de rôle, que les définitions issues des différents silos disciplinaires (médical, psychologique et soignant), laissent rapidement affleurer les a priori qui les fondent, et que les a priori d'une discipline posent souvent problème aux autres. Ainsi, ils constatent que le silo médical contient peu de définitions alors que le silo soignant, comme celui de la psychologie, en comprend un nombre important. Le silo médical est riche d'échelles d'évaluation pour la recherche (Monod et collab. 2011) mais propose peu d'outils pour la clinique,

alors que le silo soignant présente peu d'outils pour la recherche, mais décrit et enseigne des démarches d'évaluation clinique (Jobin 2013, 29-33). Le silo médical est pragmatique et fonde ses échelles d'évaluation sur des méthodes empiriques, le silo soignant, comme le note bien Jobin (2013, 26) s'efforce de penser une spiritualité détraditionnalisée fondée sur des considérations anthropologiques qui n'intègrent ni le vécu complexe des croyants ni le fait que les traditions religieuses fournissent encore la plupart des concepts qui déterminent le vécu spirituel des personnes malades hospitalisées (Jobin 2016).

Par ailleurs, les théologiens présents font eux aussi une prise de conscience difficile, ils ne disposent pas d'un silo de recherche avec des contributions francophones signifiantes pour les autres membres du groupe. Ils citent celles des théologiens anglo-saxons, voire celles des médecins lorsque ces dernières utilisent des référents religieux (prières, etc.) (Koenig et collab. 2012), mais ils sont rapidement confrontés au fait que les différences culturelles rendent ces résultats difficilement transférables et applicables au contexte francophone et même européen.

En ce qui concerne la clinique, les théologiens francophones restent tributaires d'une vision que le pasteur français Marcel Pfender (1971) résume ainsi dans son livre « Les malades parmi nous » :

Il [ce livre] est œuvre de pasteur. Face aux professionnels [de la santé], qualifiés en leur ordre, qui vont vers les hommes avec leurs sciences, leurs techniques, leur savoir-faire ou leurs idéologies, celui qui va vers les mêmes hommes avec une spécificité qui ne se définit ni dans une science, ni dans une technique, ni dans une idéologie, peut apparaître comme un amateur pour qui l'on a de l'indulgence parfois, du mépris souvent, et auquel les plus généreux affectent le qualificatif d'idéaliste. [...] Chacun va vers l'autre enveloppé d'une carapace qu'il a ou qu'on lui prête. (Pfender 1971, 7)

Le pasteur, lui, s'approche des personnes malades et souffrantes « dépouillé et sans protection » (Pfender 1971, 7). Plus loin, ce ministre qui est aussi l'aumônier général des Hôpitaux de la Région parisienne se refuse à toute « étude systématique » de son travail, arguant que « seul un témoignage peut rendre compte approximativement d'une direction de service ». (Pfender 1971, 10).

Les aumôniers sont effectivement capables de témoigner d'un faire, que tous les membres du groupe reconnaissent et trouvent souvent admirable, mais ils restent en grande difficulté (quand ils ne le refusent pas) pour théoriser leur action auprès de la personne malade hospitalisée et de ses proches dans un langage accessible aux autres acteurs du système de soins qui élaborent une pensée à ce propos. Le « [...] transfert d'autorité » à propos du spirituel, souligné par Jobin (2013, 35), est vécu très difficilement par les théologiens. De plus, le fait de ne plus être les seuls à nommer les finalités de l'intégration de la spiritualité dans les soins reste difficile à accepter.

Les membres du groupe interdisciplinaire prennent alors conscience de l'intérêt de travailler selon une perspective constructiviste et du bénéfice de situer les divers apports et discours à l'aide du schéma (cf. figure 10, 109). Ils décident d'un temps de travail en silos disciplinaires et de se (re)confronter ensuite sur les questions relatives à la définition de la spiritualité du patient âgé hospitalisé en réadaptation gériatrique.

Cette impasse est fondatrice, elle oblige à constater que le travail interdisciplinaire demande non seulement une compréhension des aprioris de son silo de recherche sur la spiritualité, mais aussi une capacité à se mettre à distance de ce silo. Elle exige aussi une position à propos des questions liées à la quête de vérité de chaque discipline en présence et à la signification de ce terme pour la démarche du groupe (Joncheray 2007, 173-175).

5.3.1.2. Etape 2 : les principales propositions faites par le théologien praticien chercheur et le groupe de théologiens

Lors des rencontres de travail en silo, un premier temps d'écoute mutuelle est organisé afin que chacun des théologiens puisse partager les difficultés auxquelles il est confronté par cette démarche. Deux des théologiens décident de quitter le groupe et de se dissocier du projet suite à ce temps d'échange, incapables d'accepter que l'ensemble de la démarche ne soit pas sous le « chapeau » des Eglises et que le spirituel ne soit pas référé d'abord à la tradition théologique chrétienne. De plus, travailler en interdisciplinarité et selon une perspective constructiviste les rebute, ayant l'impression d'entrer dans une forme de relativisme inconciliable avec leurs convictions et leur vision. Par ailleurs, une certaine arrogance des médecins quant à l'importance historique de leur rôle dans l'hôpital et dans la

société (Pascual 2005), et leur tranquille affirmation que la régulation du champ social est dorénavant leur affaire (Yaya 2009), laissent penser à ces deux collègues que les théologiens n'ont pas un « poids symbolique » suffisant dans cette aventure.

En tant que président du groupe, après avoir admis deux nouveaux théologiens prêts à travailler dans les conditions exposées ci-dessus, le théologien praticien chercheur suggère au groupe de trois théologiens ainsi reformé de chercher dans la tradition biblique et théologique chrétienne des éléments qui permettent d'élaborer des positions et de faire des propositions au groupe interdisciplinaire pour sortir de l'impasse.

Une première discussion a lieu pour déterminer l'intention particulière de ce moment de travail en silo. Après des échanges nourris, l'intention est de proposer un construit du spirituel qui soit compatible avec les exigences de laïcité des institutions de santé et qui n'évince pas le religieux. Le groupe de théologiens compare cette intention avec l'intention générale du projet et réalise que les thèmes principaux issus de cet échange sont semblables à ceux qui jalonnent leur manière quotidienne de pratiquer l'accompagnement des patients et de leurs proches. Mis à part les thèmes de l'éthique et du primat de l'expérience des patients sur les exigences de toute prise en charge médicale, le thème qui retient l'attention est celui d'un « spirituel vécu comme une expérience multiforme ». A ce stade, les théologiens prennent le temps de situer leur apport dans le développement du construit. Ils visualisent alors que leur travail, logiquement issu de la pratique, porte sur l'aspect fonctionnel du schéma (cf. figure 10, 109) avant que de générer des éléments sur l'aspect de structure.

Pour clarifier, enrichir et formuler des propositions, l'un des membres explique l'intérêt des étapes de développement religieux de Fowler (Streib 2013). Serait-il possible de situer les patients âgés hospitalisés dans l'une des étapes de développement et de mettre cette étape en corrélation avec le fait d'avoir ou non des ressources spirituelles pour faire face à la crise traversée ? Après une discussion nourrie, cette dernière suggestion est finalement rejetée car elle impliquerait, pour les théologiens, de s'approprier une autre épistémologie et remettrait la réflexion sur la foi (même non relié au religieux) au centre des débats.

Un autre théologien explique comment le récit dit de la Samaritaine (Jn 4 1- 42) amènerait plusieurs éléments susceptibles d'aider le groupe dans ses formulations. Ayant accepté cette proposition et s'appuyant sur l'appareil critique qu'offre l'exégèse et sur une appropriation du travail de Theissen (1990) sur « l'herméneutique biblique et la recherche de la vérité religieuse », le groupe analyse le récit à l'aide du thème d'un « spirituel vécu comme une expérience multiforme ». Comment ce thème est-il présent dans ce texte ? Jésus, (l') accompagnant spirituel, aborde avec cette femme des manières différentes d'adorer Dieu, un sens symbolique de la réception de la « nourriture », et une partie morale de l'histoire de sa vie. Cette femme vit une forme de conversion, conséquence d'un dévoilement, qui transforme ses liens avec elle-même et la communauté. De plus, cette histoire met en scène une femme étrangère, c'est-à-dire une personne qui ne possède pas les connaissances religieuses qui lui permettrait de décoder les symboles mis en jeu par Jésus. Elle est incapable de donner des réponses catéchétiques aux questions de Jésus. Le rapport entre les personnes crée de l'étonnement et du dévoilement à partir des « choses » de la vie. L'incarnation mène à un spirituel plus complexe et plus large qu'un lien vertical avec un Dieu lointain, lien médié par une loi, une morale ou des clercs.

Au terme d'une exploration des éléments majeurs du texte, les théologiens finalisent une contribution formulée dans un langage accessible et donc discutable dans le cadre du groupe interdisciplinaire, située dans la partie structure du schéma (cf. figure 10, 109).

Les théologiens participants refusent une distinction entre spiritualité et religion qui séparerait totalement l'expérience spirituelle des patients âgés hospitalisés de l'expérience religieuse. Ils proposent une réarticulation où la spiritualité englobe la religion. Cette réarticulation n'est pas la simple extension de l'idée que le spirituel est un concept plus large que celui de religion, mais vise à donner une chance à l'expérience religieuse d'être vécue et acceptée dans ses conséquences parfois conflictuelles avec les buts du projet thérapeutiques dans l'institution laïque de santé. Tous les théologiens admettent sans difficulté que ce religieux, dans ce contexte, ne saurait être uniquement chrétien.

Le schéma suivant est proposé :

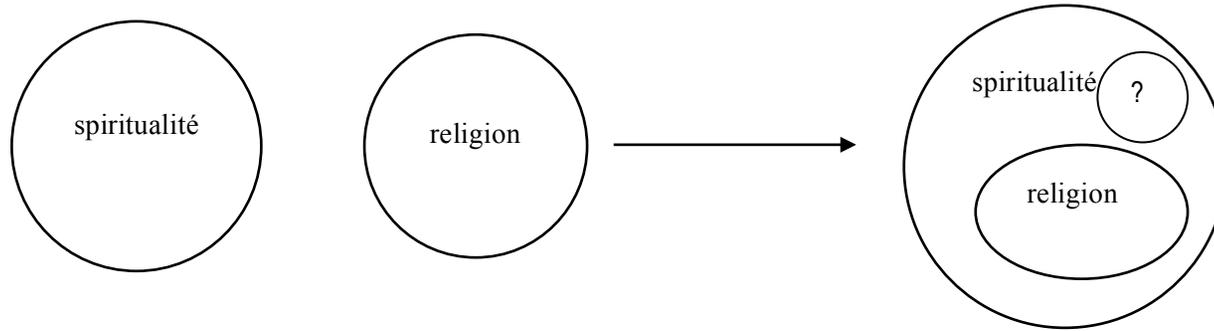


Figure 12 : **Proposition des théologiens sur l'articulation entre spiritualité et religion**

Dans un effort de traduction de leurs découvertes dans un langage qui transforme le construit en développement, le théologien praticien chercheur propose au groupe de théologiens de parler d'un spirituel multidimensionnel. En d'autres mots, de dépasser le schéma proposé ci-dessus pour identifier les éléments d'un spirituel qui permettraient d'évaluer les expériences spirituelles et religieuses les plus multiformes possible des patients âgés hospitalisés en réadaptation gériatrique.

Un deuxième schéma est proposé, où la spiritualité serait composée de plusieurs éléments distincts :

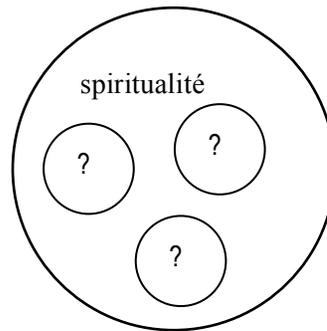


Figure 13 : la **spiritualité comme concept multidimensionnel**

Après discussion, notamment en vue d'une intégration de ce spirituel dans le modèle à quatre dimensions (biopsychosocial et spirituelle), le groupe de théologiens décide d'apporter à la réflexion du groupe interdisciplinaire l'idée d'une « dimension spirituelle composée de plusieurs sous-dimensions » inter-reliées (cf. Chapitre 6, 135). Les membres du groupe décident aussi qu'il appartiendra au groupe interdisciplinaire de choisir quelles seront les sous-dimensions et leurs définitions.

5.3.1.3. Etape 3 : enjeux théologiques

Les mêmes théologiens, à l'invitation du théologien praticien chercheur, acceptent d'entrer dans une réflexion critique centrée sur des éléments de la tradition mis en jeu lors de l'étape précédente. Cette réflexion démarre par une discussion à propos de la vérité de la tradition théologique chrétienne. Le théologien praticien chercheur puise dans les ressources du champ de la théologie pratique les enseignements nécessaires pour faire comprendre comment les positions des auteurs cités plus haut (Lucier (1987), Theissen (1990), Ménard (1993), Geffré (2001) et Joncheray (2007)) permettent de concilier le fait que tout élément de la tradition (textes bibliques,

sommes théologiques, textes de réflexion, etc.) est à la fois le résultat situé historiquement d'une herméneutique communautaire ou personnelle et en même temps un cadre herméneutique à partir duquel réinterpréter encore les éléments pertinents pour cette démarche. La réflexion se poursuit et porte alors sur le « poids » relatifs des éléments de la tradition. Les contributions de Gagnebin (2007) et de Gagey (2004) sont étudiées afin que chacun des participants ait en sa possession les outils pour justifier sa position, notamment en vue de la suite du travail. La question de la vérité se déplace encore d'une vision de la tradition comprise comme indépassable dans son expression vers une vérité de la permanence des homologues de rapports (Gisel 1977 ; Dumortier 1986, 53-54), des buts et des fruits de son action dans la société et la culture.

Un ultime déplacement de la question de la vérité a lieu parmi les théologiens lorsqu'émerge à nouveau le fait que ce projet ne serait pas déterminé par cette vision de la tradition et que les théologiens ne seraient pas les premiers garants de ses finalités, le rôle de les penser étant dévolu au groupe interdisciplinaire. Se pourrait-il que des théologiens s'associent, dans cette démarche, à une entreprise dont les buts et surtout les résultats escomptés soient contraire à ceux de la tradition chrétienne tels qu'ils sont traduits dans la pastorale actuelle ? Se pourrait-il que les fruits de ce projet ne fassent que renforcer le pouvoir médical et soignant ? Dans ces conditions, les deux collègues démissionnaires n'ont-ils pas eu raison de se distancer de cette démarche ?

Le théologien praticien chercheur propose alors une réflexion sur la Kénose sous la forme d'un exposé amenant à une compréhension renouvelée de ce thème. Pour cet exposé, il s'appuie sur l'histoire de l'interprétation de ce thème que Jobin (2010) synthétise dans son article « Quand la faiblesse est donnée ... Kénose et participation au temps du nihilisme ». Cet écrit montre comment l'interprétation de la Kénose a passé d'une réflexion sur l'être même du Christ, à celle sur son vécu et enfin à celle qui considère la possibilité de générer une éthique à partir de Ph. 2. Ce dernier ensemble d'interprétation permet au théologien praticien chercheur de légitimer le fait d'utiliser le thème de la Kénose pour discuter les modalités de l'opérationnalisation du but général du modèle STIV / SDAT, à savoir questionner les buts d'un projet thérapeutique basé sur le discours des médecins. Le discours généré par l'utilisation du modèle devrait-il posséder un pouvoir équivalent à celui des médecins dans l'institution de santé ? Si ce sont les aumôniers qui sont responsables de

cette dimension spirituelle du modèle bio psycho social et spirituel, ces derniers devront-ils prouver aux autres membres de l'équipe soignante, en amont de leur travail, qu'ils possèdent une telle puissance même si la société ne la leur reconnaît plus ? Pour répondre à ces interrogations, le théologien praticien chercheur ne reprend donc pas une exégèse du texte du deuxième chapitre de la lettre de Paul aux Philippiens, mais une appropriation de plusieurs propositions nouvelles qui utilisent ce référent pour resituer le rapport aux pouvoirs. En fait, il s'appuie sur un autre texte de Jobin (2011) sur la Kénose. Jobin (2011, 81-85), en s'inspirant des travaux du philosophe italien Vattimo, montre comment la Kénose devient un thème théologique à partir duquel il est possible d'opérer une critique du pouvoir d'un genre nouveau. Le pouvoir, représenté comme du « plein », subit un « affaiblissement [...], tout en maintenant l'importance de structures, voire de limite à ne pas dépasser. » (Jobin 2011, 83). Cet affaiblissement est le fruit d'une application de la Kénose comprise comme un évidement qui crée du jeu, « qui empêche le système de se contenter de soi et de son propre fonctionnement. » (Jobin 2011, 85).

Le modèle en cours d'élaboration pourrait-il générer des « pratiques qui déstabilisent le plein, qui le grugent, qui le creusent [...] » (Jobin 2011, 85), et qui, sans casser les structures ni instituer un contre pouvoir destructeur, portent au pouvoir médical érigé de plus en plus comme un absolu, « [...] une atteinte « fatale » de ce qui constitue le cœur du pouvoir : la légitimation et le contrôle. » (Jobin 2011, 85). Le théologien praticien chercheur propose que le but d'un discours issu de l'analyse de la dimension spirituelle du patient soit de l'ordre de ce « procès kénotique » (Jobin 2011, 85) qui provoque un évidement du pouvoir contenu dans les buts de tout projet thérapeutique. Cette alternative à la confrontation directe entre deux pouvoirs provoque à la fois une forme d'enthousiasme et aussi un grand scepticisme dans le groupe. Le théologien praticien chercheur ne nie pas qu'il soit difficile de prédire actuellement les fruits de cet évidement, mais il demande à nouveau que ses collègues lui fassent confiance et fassent preuve de la créativité qu'exige cette manière d'envisager le travail du discours issu de l'analyse de la dimension spirituelle du patient.

Les théologiens du groupe acceptent de se laisser déplacer et de continuer à œuvrer dans le sens proposé. Ils savent aussi que cette réflexion heuristique, dans la logique de l'utilisation de la tradition préconisée dans cette démarche, fera l'objet d'une vérification à la fin du test du modèle (cf. Partie 3, Chapitre 9) et donc qu'ils pourront juger « l'arbre à ses fruits » (Mt 12 33).

5.3.1.4. Etape 4 : réception de cette première contribution des théologiens

Le moment de travail interdisciplinaire suivant a été très important car il a permis aux membres du groupe interdisciplinaire de décider de trois caractéristiques du projet. Première caractéristique, ne pas « décider » à la place des patients si leur expérience est de nature spirituelle ou religieuse en la figeant dans une définition centrée sur un concept comme celui du sens ou celui de la transcendance. Deuxième caractéristique, accepter que la définition de la spiritualité n'est pas un point de départ mais bien un des fruits possibles de l'élaboration du modèle et, troisième caractéristique, de chercher ensemble s'il existe des sous-dimensions interconnectées capables de rendre compte des expériences spirituelles et/ou religieuses diversifiées et multiformes des patients.

La manière de travailler en groupe interdisciplinaire a été marquée par la proposition des théologiens de relire ensemble des expériences d'accompagnement de patients et/ou de famille dans des circonstances banales et de décoder la nature des expériences vécues. Cette manière, congruente avec le travail sur le thème de la Kénose, laissait la structure de la méthode en place et ne mettait pas de pression sur les acteurs, leur laissant aussi une bonne image d'eux-mêmes.

Mais, lors de la rencontre suivante du groupe de théologiens, la question d'une forme de manipulation est évoquée ou encore de l'exercice par « ruse » (Jobin 2011, 85) d'un pouvoir sur les autres membres du groupe plutôt que d'avoir affaibli le pouvoir soignant et biomédical sur les expériences religieuses et spirituelles des patients ? Le théologien praticien chercheur propose, là encore, d'attendre pour juger les enseignements de la fin de la démarche et du test du modèle.

5.3.2. Un enjeu théologique relié à la sous-dimension de la Transcendance

Chacune des sous-dimensions choisies du modèle STIV/SDAT fait l'objet d'un travail similaire de la part des participants du groupe interdisciplinaire. La sous-dimension de la transcendance présente des difficultés particulières dont un enjeu théologique discuté dans le groupe de théologiens.

5.3.2.1. Etape 1

Au cours de l'étape 1, les membres du groupe sont divisés sur la question de faire de la transcendance une sous-dimension de la dimension spirituelle. Des textes comme celui de Luc Ferry (1996) ont durablement marqués les représentations des soignants, instillant l'idée d'un spirituel unidimensionnel, horizontal. Introduire dans le construit du spirituel une dimension verticale apparaît comme une entreprise de récupération par la religion chrétienne de la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée.

Les théologiens affirment pourtant que les discussions précédentes sur l'expérience spirituelle des personnes malades ont mis en évidence d'une part l'importance de la religion chez nombre de patients âgés et chez les immigrants, et d'autres part l'existence d'une souffrance en lien direct avec une détresse religieuse qu'aucun soignant ni accompagnant ne peut ignorer.

Le stress induit amène les soignants présents à revenir à leurs définitions (Jobin 2013), et place le médecin dans l'expectative car ils sont forcés de reconnaître que la transcendance est présente dans nombre d'échelles d'évaluation du *spiritual state*, même si elles témoignent de représentations très diverses (force au-dessus de nous, puissance supérieure, etc.) (Monod et collab. 2011).

Le théologien praticien chercheur propose alors un travail en groupe interdisciplinaire sur deux textes. Un premier texte de Mager (2000) pour resituer la transcendance dans un horizon plus large que la religion et un livre de Lenoir (2010, 364) pour illustrer comment immanence et transcendance sont des concepts au service de beaucoup d'itinéraires modernes de spiritualité. Un autre membre du groupe apporte un article du psychologue Pargament (2007) afin que le groupe apprivoise aussi le concept de « sacré » pour réfléchir celui de la transcendance. Le travail en commun sur ces textes remplace l'étape 2 dans cette « boucle » de la méthode.

Dès lors, les membres du groupe interdisciplinaire, reprenant aussi les fruits du précédent travail, décident qu'un construit de la dimension spirituelle doit comprendre une sous dimension de transcendance, même si l'exploration de ses particularités chez les patients rencontrés serait sans doute difficile et poserait des problèmes de « viol » de l'intimité.

Les membres soignants du groupe, d'abord très opposé au fait de faire de la transcendance une sous-dimension constitutive du construit de la dimension spirituelle acceptent finalement l'idée que les expériences spirituelles et religieuses vécues à l'hôpital par des patients âgés « racontent » de manière plus ou moins évidente un « fondement extérieur à la personne ». De plus, le fait de pouvoir qualifier cette transcendance en dehors des représentations religieuses traditionnelles et qu'un construit autorise parfaitement une personne à refuser tout aspect de transcendance dans sa spiritualité propre achève de les convaincre.

5.3.2.2. Etape 3

Le théologien praticien chercheur demande alors une rencontre avec ses collègues pour discuter d'un enjeu théologique de cette décision d'introduire dans le construit de la dimension spirituelle une sous-dimension de transcendance.

Après que les théologiens se sont félicités que, *in fine*, la foi en Dieu puisse avoir théoriquement un impact sur les soins et le projet thérapeutique, le théologien praticien chercheur leur soumet l'enjeu théologique que représente le fait d'accepter, en tant que théologiens chrétiens, des qualifications de la transcendance comme « une force au dessus de nous, la nature, du sacré, la terre, etc. ». Quelle sera leur réaction, lorsque l'exploration et l'évaluation de cette sous-dimension montreront une absence de perturbation du fait que le lien de la personne avec une « puissance supérieure » produit les mêmes fruits à l'hôpital que dans les autres circonstances et lieux de sa vie ? Exprimer de manière caricaturale, l'enjeu théologique porte sur l'acceptation par les théologiens des « idoles vénérées » par les patients. N'est-ce pas là un des piliers de la tradition chrétienne, annoncer envers et contre tout, au péril même de sa vie, le seul vrai Dieu ? Elie n'a-t-il pas fait égorger 450 prophètes de Baal à la fin d'une compétition prouvant de manière irréfutable la supériorité de Dieu sur les autres dieux (1 Rs 18 1-46) ? Adorer la créature plutôt que le créateur n'est-il pas une hérésie que la chrétienté a combattue en tout temps ? Les responsables ecclésiastiques eux-mêmes ne mettent-ils pas une certaine pression pour que soit à

nouveau prêche avec courage le Dieu de Jésus-Christ ? La religion civile américaine n'est-elle pas de plus en plus décriée comme minant l'identité chrétienne ?

Le théologien praticien chercheur propose alors de prendre le temps de revenir aux conclusions des travaux précédents, à l'importance d'un processus herméneutique et d'explorer les représentations de la transcendance portées par chacun des théologiens. Ces derniers acceptent et décident d'analyser les caractéristiques de leur représentation et de les rapprocher des textes sur le spirituel laïque de deux théologiennes proches des milieux de la santé (Thiel 2010 ; Rimbaut 2006 2009). Il apparaît rapidement que les récits des théologiens ne sont pas d'abord des confessions de foi chrétienne identiques, mais bien des tentatives de mettre en mots une relation avec la transcendance comprise comme Dieu. Ainsi, cette relation est souvent habitée par l'idée du don (Rimbaut 2006) ou encore par des images comme celle du père ou de la quête. Les liens entre les itinéraires spirituels chrétiens dont témoignent les représentations de la transcendance des théologiens sont souvent très proches de celles dont témoignent les patients (Thiel 2010).

L'expérience est payante car elle permet de dégager trois éléments qui réduisent quelque peu la tension provoquée par cet enjeu théologique majeur. Le premier élément est que l'analyse du vécu des patients n'est pas effectuée dans le sens d'une entreprise de vérification où toute expérience de transcendance est racontée sous la forme d'une confession de foi, mais bien comme un effort de comprendre l'état d'une relation qui s'exprime de manière toujours symbolique, balbutiante et approximative, comme celle des théologiens eux-mêmes. Le deuxième élément est que la transcendance, plus que tout autre aspect de la spiritualité, est tributaire des possibilités langagières de ceux qui s'expriment et des déterminismes culturels (cf. Partie 1, Chapitre 2, 14.), il est alors important que l'exploration de cette sous dimension soit également de l'ordre d'une maïeutique, afin que l'autre, le patient, ait une chance de nommer son vécu. Le troisième élément est que l'expérience de la transcendance est souvent vécue en relation avec une expérience artistique, comme celle d'un « voyage » vers un réel agencé tout autrement, manifestation d'un « monde transcendant ».

Deux caractéristiques ressortent fortement dans l'ensemble des textes et des récits : celle de d'altérité et celle de ne pas être soi-même son propre fondement. En d'autres mots, aucune expérience de transcendance n'est constituée de « mêmeté » et même les patients

affirmant croire en l'Homme n'expriment pas une foi en eux-mêmes, mais bien en quelque chose qui les dépasse, quelque chose d'extérieur à eux. Cette observation conforte le groupe de théologiens dans la définition choisie par le groupe interdisciplinaire. Les théologiens quittent le processus en ayant pris conscience d'une tâche paradoxale de la tradition pastorale, être capable d'un intense travail d'accueil, d'analyse et de réflexion sur l'expérience très diversifiée de la transcendance des humains confrontés à la maladie et au biopouvoir, et d'un partage très intime à partir de cette expérience, que cette dernière soit porteuse de vie ou de mort.

5.3.2.3. Etape 4

Le groupe a finalement accepté cette sous-dimension dans le construit et la définition : « d'un fondement extérieur à la personne ». L'idée d'une altérité fondatrice est restée assez difficile à accepter pour les soignants, plus acceptable pour les médecins qui reconnaissaient que des représentations du biopouvoir étaient aujourd'hui proches de celles de la transcendance portées par les patients. Mais le fait de ne pas pouvoir prendre en compte la détresse religieuse, ni les ressources religieuses des personnes malades hospitalisées dans ce construit de la spiritualité était non acceptable d'une part et d'autre part, que le système de croyances d'une fraction importante des personnes malades hospitalisées ne pèse pas dans la prise en charge ne l'était pas non plus. Le groupe interdisciplinaire sort du processus satisfait de sa tâche et conscient d'une avancée significative du projet.

5.4. Conclusion

L'élaboration du modèle STIV/SDAT est relue par le théologien praticien chercheur comme un *kairos*, un moment favorable. Cette démarche a été une occasion unique de faire de la théologie pratique et de relever (humblement) certains défis décrits par les chefs de file de la discipline ; (par exemple, le défi du travail interdisciplinaire sur une conceptualisation comme celui du travail sur la transcendance).

Travailler selon une perspective constructiviste (Gergen 2006 ; Lampe 2006) a permis un cheminement qui dépasse partiellement mais suffisamment les silos disciplinaires en présence pour avancer vers la définition d'une dimension spirituelle de tout patient âgé

hospitalisé en réadaptation gériatrique. Le travail sur la question de la vérité, sur les concepts de pouvoir et de responsabilité a été particulièrement dense et passionnant, notamment par la reprise du thème de la Kénose.

Il est temps de vérifier au moyen de deux protocoles de recherche (cf. Partie 3, Chapitre 6) si le modèle STIV / SDAT tient ses deux promesses principales. Premièrement rendre les aumôniers responsables d'un ensemble cohérent de symptômes manifestés par les patients âgés hospitalisés en réadaptation gériatrique et deuxièmement générer un discours qui déclenche un processus d'évidement du pouvoir biomédical exercé dans tout projet thérapeutique.

Partie 2 : préparation à la recherche

Chapitre 6 : Tester le modèle STIV / SDAT à l'aide de deux protocoles de recherche

6.1. Contexte général

Cette partie du travail répond aux deux exigences relatives à un DThP du type « élaboration d'un modèle d'intervention » telles qu'elles sont formulées dans le document « la thèse, guide de réalisation » (Guide de réalisation 2014, 9) La première est de mettre en place une « démarche de mise à l'épreuve » du modèle et la deuxième est une « évaluation par autrui » du modèle. (Guide de réalisation 2014, 11) Ces deux manières de tester le modèle se font en lien direct avec les « besoins d'un milieu déterminé » (Guide de réalisation 2014, 11).

Pour des raisons de simplification et de compréhension, les deux tests du modèle relatifs aux deux exigences nommées ci-dessus seront désignés par les termes « protocoles de recherche n°1 et n° 2 » dans la suite de ce document.

Suite à la présentation de la méthode générale utilisée dans ce DThP (cf. Chapitre 5, 104) et aux problématiques débattues dans la revue de littérature (cf. Partie 1, Chapitre 3), il est nécessaire de situer ces deux protocoles de recherche dans l'ensemble de ce DThP. En effet, ces deux protocoles sont comparables à des moyens utilisés pour le transfert de connaissances sur un terrain d'activité. En ce sens ils sont différents des protocoles habituels qui sont au centre d'une recherche et dont les résultats permettent de mieux comprendre et d'analyser (de se saisir de) tout ou partie d'une pratique à l'aide d'une méthode en science humaine. Ces protocoles représentent plutôt des tests pour vérifier que le modèle élaboré produit ce qui est attendu, que cette production a un effet évaluable sur le terrain et que ce même modèle est utilisable par d'autres.

Comme le modèle élaboré pour l'évaluation de la détresse spirituelle des patients âgés hospitalisés en Réadaptation gériatrique (ci après modèle STIV/SDAT de Monod et collab. 2010 2012) est utilisé depuis quelques années déjà dans une forme de routine clinique,

les deux protocoles de recherche dont il est question dans ce document vont consister en un travail de compréhension et d'interprétation de données existantes.

Un premier protocole de recherche consistera en la présentation de trois dossiers de prises en charge de patients présentant une détresse spirituelle ; c'est ce qu'on appelle des *case series reports*, (Jenicek 1997, 66 ; Fitchett 2010). Un deuxième protocole de recherche est centré sur l'analyse des rapports de trois aumôniers expérimentés ayant effectués un stage d'apprentissage du modèle STIV/SDAT (Mucchielli 2004 ; Cudré 2008).

Au plan de l'éthique de la recherche, le type du premier protocole de recherche (présentation d'une série de trois cas) met le théologien praticien chercheur au bénéfice d'une dispense d'obtenir un consentement éclairé des patients (annexe n°1). Pour le deuxième protocole de recherche, les aumôniers stagiaires ont signé un formulaire de consentement éclairé autorisant l'utilisation des données contenues dans les rapports de stage après leur anonymisation (annexe n°2).

Les données recueillies pour les deux protocoles de recherche proviennent donc de l'activité de l'aumônier praticien chercheur dans la routine clinique et d'un stage d'apprentissage effectué par trois aumôniers expérimentés. Ces deux activités se sont déroulées au Centre Universitaire de Traitement et de Réadaptation gériatrique (CUTR) de Sylvana (Service de Gériatrie et de Réadaptation gériatrique du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)) au cours de l'été 2012. Le CUTR de Sylvana peut accueillir soixante patients âgés répartis sur quatre étages identiques quant à leur agencement et à leur fonctionnement. Ces patients font un séjour moyen de trois semaines au cours duquel ils bénéficient d'une prise en charge interdisciplinaire (physiothérapie, ergothérapie, neuropsychologie, etc.). La patientèle est âgée de plus de 80 ans et se compose de 70 % de femmes. A la fin de la réadaptation 80 % rentrent à domicile avec plus ou moins d'aide (soins à domicile, proches, etc.), 15 % partent dans des maisons de longs séjours et 5 % meurent soit dans l'établissement soit dans des structures de Soins Palliatifs.

L'activité de réadaptation gériatrique résulte d'une démarche d'évaluation structurée, qui vise à mettre en évidence les problèmes de santé des patients âgés qui y sont admis, à répertorier leurs ressources et potentiels, évaluer leurs besoins en soins et services, permettant finalement d'établir un plan de prise en charge coordonné, centré sur les besoins identifiés.³⁰

Le contexte de la réadaptation gériatrique est donc favorable au test du modèle STIV / SDAT par son côté pluridisciplinaire. Les membres de l'équipe (médecins gériatres, physiothérapeutes, infirmières, etc.) savent (cf. figure 14, 131) que la prise en charge des patients âgés doit être conçue comme « globale ». Une formation continue en gériatrie leur enseigne d'ailleurs que plus les patients sont âgés plus des déterminants de la santé autres que médicaux prennent de l'importance (concept de fragilité par exemple, Bergmann 2007) dans la détermination du plan de soin.

³⁰ Ce paragraphe est directement inspiré de l'écriture du protocole de validation du SDAT (2007) et de conférences du professeur Büla et de la Dresse Monod.

Ci-dessous un schéma présente le côté multidimensionnel de la prise en charge des patients âgés hospitalisés au CUTR (Büla 1999)

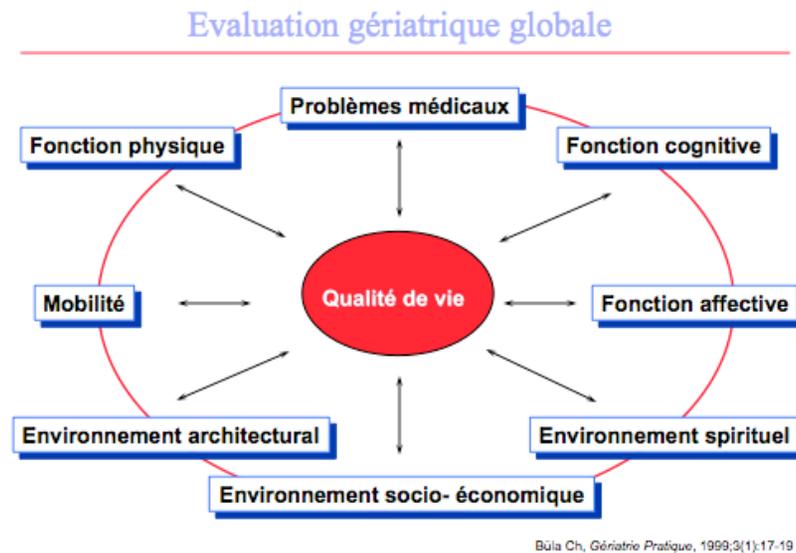


Figure n° 14 : **Evaluation gériatrique globale**

Au plan pratique, un colloque d'étage appelé « colloque interdisciplinaire » (ci-après CI) d'une durée de deux heures réunit chaque semaine un représentant de chaque profession afin de partager les informations relatives à chaque patient et de décider le projet (retour à domicile, etc.) et le délai (date estimée pour la sortie ou la fin de la réadaptation). Ce plan est ensuite communiqué et discuté avec le patient et/ou ses proches si nécessaire. Les informations données au cours du colloque par chaque représentant des diverses professions sont le fruit d'observations cliniques et de mesures spécifiques (par exemple le physiothérapeute communiquera la mesure du

périmètre de marche du patient et les éventuels progrès de ce dernier dans les transferts). Le fonctionnement détaillé du CI est décrit plus bas (cf. infra, 141-142).

6.2. Historique, présentation et intégration du modèle STIV/SDAT dans un modèle clinique de prise en charge globale des patients âgés

Le lecteur trouvera ci-dessous l'historique de l'intégration de l'aumônier praticien chercheur à l'équipe multidisciplinaire ainsi que les principaux éléments publiés au cours des dix dernières années sur le modèle STIV / SDAT.

6.2.1. Historique

A partir de ce concept multidimensionnel d'évaluation gériatrique et de sa mise en œuvre dans la routine clinique quotidienne, la question du type d'informations que l'aumônier pourrait donner dans de tels colloques et de leurs impacts s'est posée. En conséquence, depuis l'année 2005, les responsables médicaux et infirmiers du CUTR de Sylvana ont accepté d'encadrer le développement d'un projet nommé « projet SPI » animé par un médecin gériatre et l'aumônier praticien chercheur.

Ce projet s'est développé selon trois axes principaux. Premièrement le renforcement de la présence de l'aumônier dans l'équipe multidisciplinaire, deuxièmement la conceptualisation et l'expérimentation d'un modèle clinique de prise en charge globale comprenant l'évaluation structurée de la dimension spirituelle des patients et troisièmement la mise sur pied d'un groupe de recherche interdisciplinaire sur la thématique « Spiritualité, santé et qualité de vie chez les personnes âgées hospitalisées ».

Le schéma ci-dessous synthétise les divers niveaux de ce projet « SPI » :

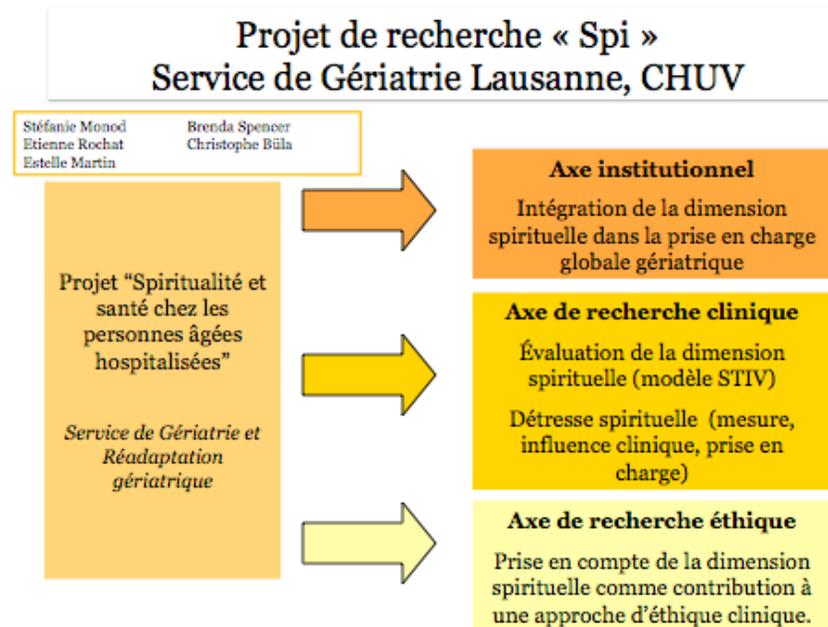


Figure n° 15 : Schéma du projet de recherche « Spi » du CUTR de Sylvania

Le « projet Spi » a donné quatre résultats importants. Le premier a été la participation de l'aumônier praticien chercheur au CI avec un excellent taux d'acceptabilité de la part des membres de l'équipe (Monod et collab. 2008). Le deuxième a été la validation d'un modèle spécifique d'évaluation de la détresse spirituelle (modèle STIV/SDAT) (Monod et collab. 2010 2012) et le développement d'un modèle clinique « intégré et interdisciplinaire (Monod 2012, 44 – 45), et le troisième a été de fournir au moyen d'une revue systématique de littérature une image claire de la manière dont les médecins tiennent compte de la spiritualité dans la recherche

biomédicale (Monod et collab. 2011). Enfin, le quatrième a consisté dans le test d'une procédure en trois étapes intégrant les résultats de l'évaluation de la dimension spirituelle dans une forme de routine clinique et notamment dans le CI.

Autrement dit, dans le temps de cet essai de transfert de connaissances à la clinique, l'utilisation du modèle STIV/SDAT repose sur le fait que l'aumônier fait partie de l'équipe multidisciplinaire et que l'institution de santé (ici le CUTR de Sylvana) l'habilite à produire un « discours » élaboré à partir d'une théorie de la dimension spirituelle du patient.

Ci-dessous un schéma présente les trois étapes de la procédure induite par l'utilisation du modèle STIV/SDAT (Monod 2012) :

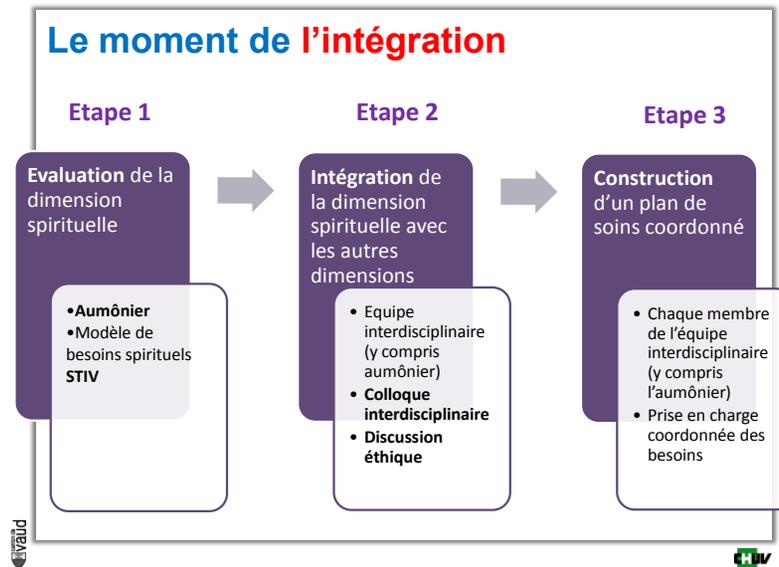


Figure n° 16 : Les trois étapes du moment de l'intégration de l'aumônier dans l'équipe interdisciplinaire

6.2.2. Présentation du modèle STIV/SDAT

L'ensemble de la communauté soignante distingue aujourd'hui les concepts de « religion » et de « spiritualité » (Pépin et collab. 2001, Jobin 2013). Le modèle STIV/SDAT reprend cette distinction et propose une réarticulation des concepts (Monod 2014). Cette distinction et cette réarticulation permettent aux institutions de soins, dans un contexte de sécularisation et un régime politique où ces mêmes institutions se doivent de prouver leur laïcité, une meilleure intégration de « la spiritualité dans les soins » à partir d'une vision de l'état de la dimension spirituelle d'un patient (cf. Partie 1, Chapitre 2, 48).

Dans ce modèle, la spiritualité est donc comprise comme un construit constitué de plusieurs éléments distincts et inter-reliés (cf. Chapitre 5). De plus, tout patient âgé malade hospitalisé en réadaptation gériatrique, de même que lui sont attribuées des dimensions somatique, psychologique et sociale, possède cette dimension spirituelle.

Le modèle STIV/SDAT est constitué d'une partie dite structurale modélisant la dimension spirituelle des patients en quatre sous dimensions et d'une partie dite fonctionnelle qui associe à chacune des sous dimensions un ou des besoins.

Ci-dessous un schéma présente les deux parties (structurale à gauche et fonctionnelle à droite) du modèle STIV/SDAT (Monod et collab. 2010) :

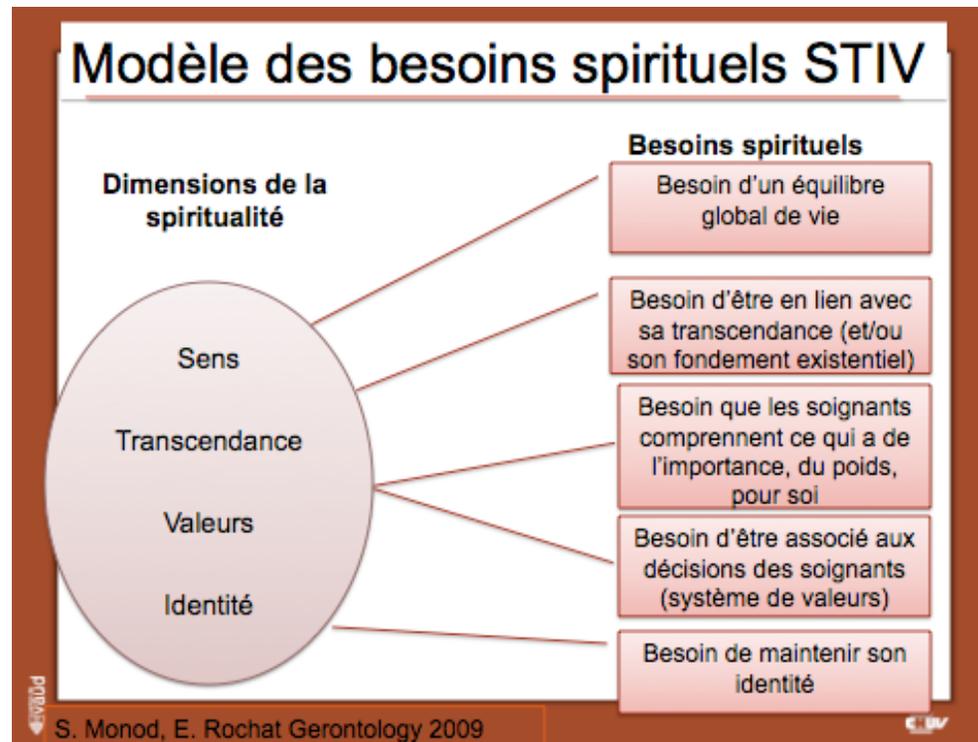


Figure n° 17 : **Modèle des besoins spirituels STIV**

6.2.3. Fonctionnement du modèle STIV/SDAT

Concrètement, le protocole d'évaluation de la détresse spirituelle induite par le modèle STIV/SDAT consiste en un entretien semi structuré de 20 à 30 minutes conduit par un aumônier. Durant l'entretien, l'aumônier invite le patient à parler de ce qu'il vit et expérimente lors de son hospitalisation. L'aumônier pose également des questions de « relance » lorsque le patient n'évoque pas spontanément l'une ou l'autre des sous dimensions définies par le modèle et/ou ne donnent pas les éléments d'information nécessaire à l'évaluation des besoins spirituels associés (Besoin d'un équilibre global (sous dimension du **Sens**) ; Besoin d'être en lien avec son fondement existentiel (sous-dimension de la **Transcendance**); Besoin que les soignants comprennent ce qui a de l'importance pour soi (V1) et Besoin d'être associé aux décisions des soignants (V2) (tous deux appartenant à la sous dimension des **Valeurs**) ; Besoin que l'environnement favorise le maintien de la singularité et de l'identité du patient (sous dimension de l'**Identité psycho-sociale**). L'annexe 3 présente le protocole d'administration du SDAT.

Une fois l'entretien terminé, l'aumônier analyse l'entretien à l'aide d'un ensemble de questions.

L'aumônier détermine ensuite si le patient présente des perturbations / des besoins non couverts sur les sous-dimensions de sa dimension spirituelle.³¹

L'aumônier qualifie une éventuelle détresse spirituelle (présence, intensité) et propose également des hypothèses sur la dynamique interne à cette dimension spirituelle.

Enfin l'aumônier communique lors du CI des recommandations découlant de l'ensemble de l'évaluation.

³¹ Il est admis, en routine clinique, de parler soit d'une « perturbation » reliées à une sous dimension, soit d'un « besoin non couvert ».

6.2.4. Place du modèle STIV/SDAT dans un modèle clinique de prise en charge globale des patients âgés en Réadaptation gériatrique

Issu d'une réflexion sur la prise en charge de patients en Soins Palliatifs, le modèle dit de Sulmasy (2002) permet d'introduire une anamnèse spirituelle dans la prise en charge des patients. Mais, la compréhension et l'impact de l'interaction entre les dimensions de ce modèle en routine clinique, en particulier celle de la dimension spirituelle avec les trois autres, demeure un réel problème. En effet, les institutions de santé donnent une importance et un poids symbolique très important à la dimension somatopsychique (bio), et cet état de fait se ressent fortement dans la clinique au moment de « faire jouer » l'interdisciplinarité. Autrement dit, la difficulté reste grande de faire valoir un déterminant social ou psychologique dans la prise en charge d'un patient âgé comme d'un patient jeune !³². Décider, comme le propose Vannotti (2000) de conceptualiser ces modèles à trois ou quatre dimensions comme des systèmes ne résout que partiellement ce problème. En effet, cette proposition, si elle rend compte d'une dynamique du modèle et des interactions possibles entre les dimensions, fait l'impasse sur le poids symbolique relatif des dimensions et ne permet donc pas une véritable opérationnalisation du modèle dans la clinique.

³² Cet état de fait est très peu nommé de cette manière, les articles traitant du modèle biopsychosocial (Engel 1980) soulignent plutôt l'importance d'ajouter les autres dimensions à la seule dimension somatique (Berquin 2010).

Le schéma ci-dessous illustre comment fonctionne de fait le modèle biopsychosocial (Engel 1980) :

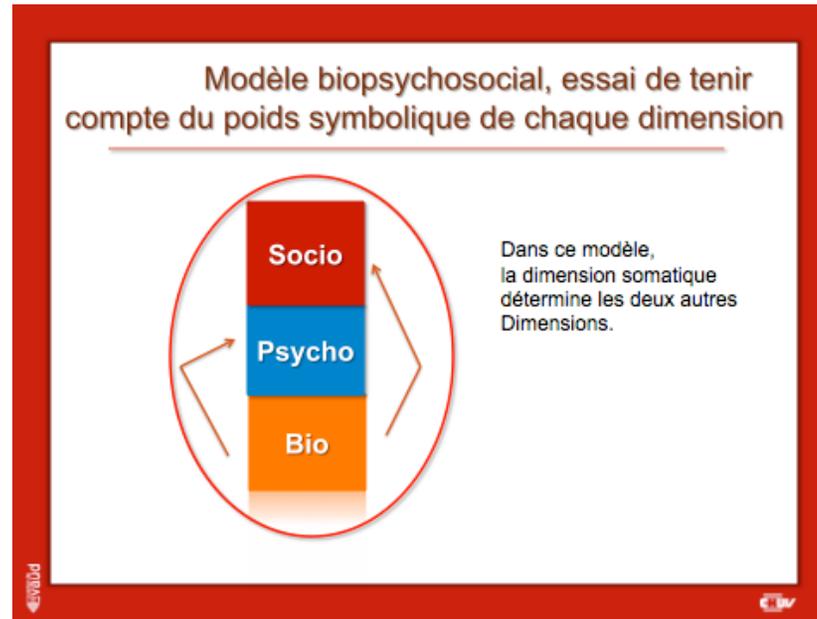


Figure n° 18 : **Fonctionnement du modèle biopsychosocial en routine clinique**

La dimension bio (somatique) est celle qui « pèse » le plus dans les institutions de santé, elle détermine donc « l'utilisation » des deux autres dimensions en cliniques et leur importance dans la prise en charge et le plan de soins.³³

³³ Rochat, Etienne. 2010. L'intervenant en soins spirituels : un spécialiste du diagnostic de détresse spirituelle ? *Conférence publique à la Chaire Spiritualité Santé de la Faculté de Théologie et de Sciences religieuses de L'Université Laval (Québec, Québec).*

Pour surmonter, (en partie) cette difficulté une réarticulation des quatre dimensions est proposée. Ce modèle, baptisé « intégré et interdisciplinaire », tient compte de ce dernier aspect et modélise la manière dont la dimension spirituelle interagit avec la dimension somatopsychique (biologique) et l'impact de cette interaction sur les dimensions sociale et psychologique. De même, ce modèle permet de montrer comment, (contredisant l'expérience quotidienne des soignants) les dimensions sociale et psychologique peuvent influencer sur les dimensions somatopsychique et spirituelle (Monod et collab. 2012).

Le schéma ci-dessous présente ce modèle dit « intégré et interdisciplinaire » (Monod et collab. 2012) :

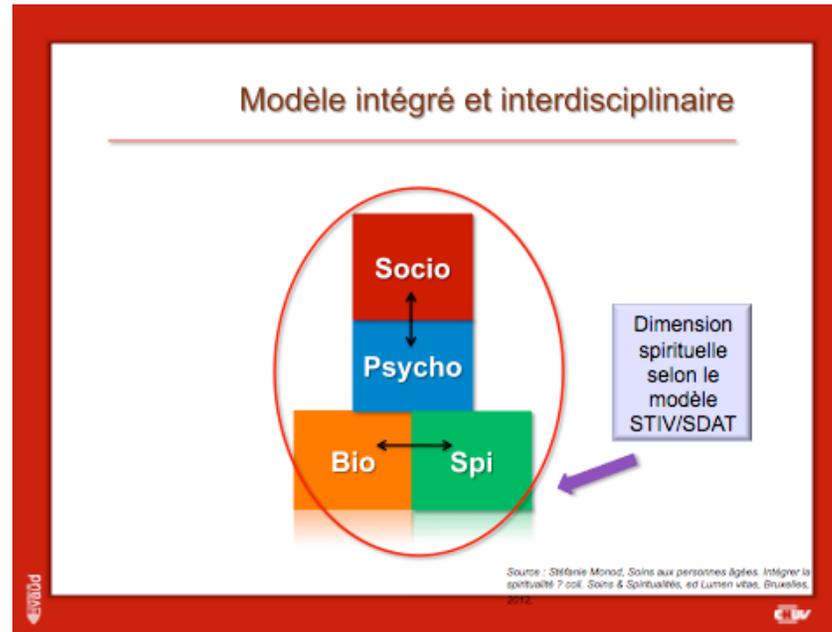


Figure n° 19 : **Fonctionnement du modèle biopsychosocial et spirituel en routine clinique**

L'opérationnalisation de ce modèle se fait par le moyen de recommandations émises par l'aumônier lors du colloque interdisciplinaire (CI).³⁴

Très concrètement, le CI fonctionne depuis de nombreuses années de la manière suivante :

³⁴ On consultera aussi le site internet du Service de Gériatrie à la page : http://www.chuv.ch/geriatrie/ger_home/ger-patients-famille/ger-unite_de_readaptation/ger-au_cutr_sylvana/ger-colloque_interdisciplinaire.htm

- autour d'une même table, muni de leurs documents de référence (dossiers particuliers de chaque patient), et toujours dans le même ordre (ordre qui détermine la prise de parole), deux médecins (un chef de clinique et un médecin assistant), une infirmière, un-e physiothérapeute, un-e ergothérapeute, un aumônier et une infirmière de liaison (infirmière chargée de préparer concrètement la sortie des patients (prestations de l'aide à domicile, ordonnance, contact avec les proches, etc.)
- le chef de clinique annonce de quel patient le CI va s'occuper, redonne la principale raison de sa présence (opération pour une prothèse de hanche, déconditionnement, etc.) et le plan de sortie prévu (destination et date)
- le médecin assistant dit de quels problèmes médicaux il s'est préoccupé pour ce patient au cours de la semaine et annonce de combien de temps il a besoin pour une stabilisation médicale du patient
- chaque professionnel fait de même à partir de sa discipline
- l'aumônier, donne également son évaluation, son suivi et ses observations, et fait ses recommandations, y compris la destination et/ou la date de sortie si cela est pertinent
- le chef de clinique fait une brève synthèse des divers apports. Puis, en fonction de cette synthèse, soit il confirme une destination et une date de sortie ou décide d'une modification dans la prise en charge et donne des directives pour un changement du plan de soins (rencontre d'orientation, passage en lit de long séjour en vue d'un placement par exemple)
- lorsque c'est la première fois que la situation d'un patient est présentée, les informations médicales sont plus complètes (résultats du bilan d'entrée et principaux antécédents) et sont également communiquées quelques informations sociales (par exemples si le patient est veuf, etc.).

L'utilisation du modèle STIV/SDAT amène l'aumônier à transmettre des informations mais également à formuler des recommandations de trois types différents. Le fait de faire des recommandations est une particularité de la contribution de l'aumônier, elle est induite par le modèle « intégré et interdisciplinaire » (cf. figure 19, 141) auquel il se réfère. Le premier type de

recommandation propose un faire / une action en vue de couvrir un besoin non-couvert ou de réduire une perturbation sur l'une des sous dimensions de la dimension spirituelle, c'est la manière dont le modèle met de la « spiritualité dans les soins ». Le deuxième type de recommandation propose un faire / une action sur des déterminants de la spiritualité qui sont extérieurs au patient (relation à la famille, etc.). Ces deux types de recommandations ont pour but de contribuer au rétablissement du patient par une amélioration de sa dimension spirituelle. C'est-à-dire par un moyen autre que le travail sur le corps (dimension somatopsychique) et permettant de mobiliser les trois autres dimensions du modèle intégré et interdisciplinaire (cf. supra, 141).

Le troisième type de recommandation est différent des deux premiers. Ce type de recommandation propose un faire / une action centrée non sur le patient, mais sur la prise en charge du patient et les acteurs qui la définissent et la mettent en œuvre. Son but est de conserver au patient une autonomie comprise dans un sens particulier, dans ce contexte une sorte de droit à vivre une expérience de changement ou de transformation souvent difficile mais nécessaire à la suite de sa vie. En d'autres termes, les recommandations de ce troisième type vise à mettre en question (en crise ?) le plan de soins déterminé et porté et agit par l'équipe.

6.2.5. La question de recherche à laquelle vont répondre les deux protocoles

Le Chapitre 1 expose pourquoi, contrairement aux autres types de DThP (Guide réalisation 2014, 8), cette introduction d'une question de recherche n'a lieu que dans cette Partie 2.

Ce DThP est et doit rester un geste scientifique dans le domaine de la Théologie Pratique. C'est pourquoi il est nécessaire que les deux protocoles présentés ci-dessous génèrent non seulement des données qui montrent que le modèle produit ce que l'on attend de lui et est utilisable par d'autres, mais également que ces données suscitent une réflexion théologique. Dans le Chapitre 5, l'aumônier praticien chercheur a raconté comment la réflexion théologique a eu une place importante dans l'élaboration du modèle STIV / SDAT. Dans les référents théologiques utilisés et mis en jeu, celui de la Kénose a été le plus discuté dans le groupe de théologiens, ces derniers étant étonnés des nouvelles pistes de réflexion proposées et sur la manière dont l'aumônier praticien chercheur lui donnait une valeur

opératoire en clinique. Devant le scepticisme de ses collègues, l'aumônier praticien chercheur leur a demandé de reprendre la réflexion sur ce référent une fois le test du modèle effectué. Il était alors logique de formuler la question de recherche de la manière suivante :

En quoi l'étude de l'effet d'un type de recommandation délivrée lors d'un colloque interdisciplinaire pour la prise en charge de patients âgés hospitalisés en Réadaptation Gériatrique en détresse spirituelle évaluée par le modèle STIV/SDAT, ainsi que l'étude du vécu professionnel d'aumôniers expérimentant le modèle STIV/SDAT en Réadaptation Gériatrique placent la réflexion contemporaine sur la Kénose au centre du travail de l'aumônier d'hôpital ?

L'origine de cette question se situe dans une façon de lier les hypothèses de départ de ce travail (cf. Partie 1, Chapitre 2, 16) et le travail effectif de l'aumônier agit par un nouveau paradigme (cf. Partie 1, Chapitre 2, 44) et expérimentant sur le terrain le modèle STIV / SDAT.

La formulation de cette question nécessite trois précisions. La première est qu'elle présuppose que les recommandations de type 3 sont susceptibles de créer un « effet », c'est-à-dire de faire réagir d'une manière inattendue les participants au colloque interdisciplinaire (cf. infra, 145). La deuxième est que l'utilisation du modèle STIV / SDAT place de fait les aumôniers dans une posture professionnelle différente et donc, il est intéressant d'étudier le vécu de trois stagiaires ayant expérimenté le modèle STIV / SDAT et participé au colloque interdisciplinaire pendant un mois (cf. infra, 153). La troisième est que l'utilisation du modèle STIV / SDAT amenant à une réflexion sur le pouvoir, le choix a été fait d'utiliser des travaux récents mettant en lien pouvoir et kénose (cf. Partie 3, chapitre 9) afin que ce DThP conserve son caractère théologique.

Cette question comporte « réflexion contemporaine sur la Kénose », afin de bien situer le fait que la réflexion théologique ne portera pas sur le référent « Kénose » lui-même, mais bien sur sa reprise actuelle dans divers travaux (cf. Chapitre 5, 121 et Partie 3, Chapitre 9).

6.3. Présentation des deux protocoles de recherche

6.3.1. Protocole de recherche sur la mise à l'épreuve du modèle (n°1)

6.3.1.1. Titre

Présentation de trois études cas de patients souffrant de détresse spirituelle évaluée par le modèle STIV/SDAT hospitalisés au CUTR de Sylvana, y compris l'étude de l'effet du type 3 de recommandation pour la prise en charge de patients.

6.3.1.2. Etat des connaissances

Recherche dans le silo disciplinaire des aumôniers (cf. Partie 1, Chapitre 3, 71) et choix de présenter trois études de cas

Comme le signale Weaver et collab. (2008, 15) à propos d'une revue de littérature réalisée en 2005 pour le Metanexus Institute par Hufford (2005) : « ... the literature on religion and health is dominated by social scientists and physicians, that is lacked a theological perspective, and that chaplaincy was glaringly absent ». Si une lente amélioration est constatée par Fitchett (2011), ce constat est particulièrement vrai pour le monde francophone européen. Pourtant, ici aussi, la recherche des aumôniers doit se faire afin que l'aumônier devienne « [...] a research-informed profession » (Fitchett 2010). Mais elle doit commencer modestement tout en maintenant une certaine pression sur le milieu (VandeCreek 1992 1999) pour avancer. Plusieurs auteurs s'accordent pour dire que les études de cas représentent la recherche de démarrage de choix et que les données récoltées par ce biais sont utiles pour générer des programmes de recherche plus ambitieux (Fitchett 2011, Weaver et collab. 2008). Découle de ces constatations et arguments le choix de présenter trois études de cas dans ce protocole n°1.

Type de communication et de participation des aumôniers dans des colloques interdisciplinaires

Fitchett, dans une conférence à Malte en 2014,³⁵ regrettait que, dans les grands centres hospitaliers américains connus de lui, les aumôniers soient incapables d'utiliser des outils communs pour l'évaluation de la spiritualité des patients, rendant ainsi problématique leur suivi. Lui-même disait que son modèle 7X7 (Fitchett 2002) était difficile à utiliser et il relevait aussi la complexité des études de terrain sur ce sujet auxquelles il avait lui-même participé (Blanchard 2012). Plus proche, au CHUV, la lecture des notes au dossier et des comptes-rendus d'aumôniers qui participent de façon occasionnelle à des colloques disciplinaires (une profession soignante plus un aumônier) montrent aussi la double difficulté de transmettre une information pertinente pour la prise en charge des patients pour les autres aumôniers et de l'autre profession (Tschannen 2014).

Type de communication et recommandation de type 3 du modèle STIV/SDAT

Si les effets des deux premiers types de recommandations générées par le modèle STIV/SDAT, effets réels ou supposés, sont bien intégrés dans la représentation que les soignants ont du but principal de leur mission (rétablir, guérir), l'étude et la caractérisation de l'effet d'une recommandation de type 3 est beaucoup plus difficile tant du point de vue de la méthode que de son « inscription » dans la culture soignante. C'est pourquoi il paraît adéquat d'étudier de manière rétroactive des dossiers de patients souffrant de détresse spirituelle évaluée par le modèle STIV/SDAT et dont la situation a fait l'objet d'une recommandation de type 3 lors de colloques interdisciplinaires (CI) hebdomadaires.

6.3.1.3. Objectif principal de l'étude

Présentation de l'étude de trois cas de patients souffrant de détresse spirituelle évaluée par le modèle STIV/SDAT hospitalisés au CUTR de Sylvana et dont la situation a fait l'objet d'une recommandation de type 3 lors d'un colloque interdisciplinaire (CI) hebdomadaire.

³⁵ Conférence donnée au European Conference on Religion, Spirituality and Health (ECRSH), University of Malta, mai 2014.

6.3.1.4. But de l'étude

Etudier et caractériser l'effet d'une recommandation de type 3 (cf. supra, 143) pour la prise en charge de patients hospitalisés au CUTR de Sylvana.

6.3.1.5. Critères d'évaluation

Une des manières de nommer l'efficacité du modèle STIV/SDAT et du modèle « intégré et interdisciplinaire » est l'aspect prédictif de leur combinaison. Trois critères d'évaluation théoriques peuvent être énoncés à partir des « valeurs » que porte le modèle témoignant qu'un « effet » se produit :

- les acteurs autres que les médecins présents au CI sortent de leur rôle habituel de simples « pourvoyeurs d'informations » et se donnent la permission d'interpréter les données issues de leur silo disciplinaire ;
- des tensions entre les divers acteurs émergent quant à leur vision de la prise en charge et du plan de soins ;
- lors du CI, le chef de clinique ne prend pas de décisions sur l'avenir du patient seulement à partir de sa situation somatique et/ou fonctionnelle.

6.3.1.6. Justification

Les recommandations de type 3 générées par le modèle STIV/SDAT ne se rapportent à aucun axe de recherche connu. En effet, le but de l'approfondissement de la recherche en aumônerie sur les liens entre spiritualité et santé nommés par plusieurs auteurs dans l'article de Weaver et collab. (2008) et dont les deux premiers types de recommandations (cf. supra, 142-143) sont tributaires est l'amélioration du patient par une meilleure connaissance des mécanismes reliant la spiritualité et la santé (Koenig 2008 ; Blanchard 2012). En ce sens, le premier type de recommandations peut être considéré comme un essai de transférer au terrain des résultats de l'axe de recherche bien connu où l'évaluation spirituelle permet d'optimiser les ressources spirituelles des patients, (par exemple la valorisation de leurs ressources religieuses (prières, méditations ou rituels particuliers)). Le deuxième type de recommandations peut également

être considéré comme un essai de transférer au terrain des résultats de l'axe de recherche connu où l'évaluation spirituelle permet de renforcer les ressources liées à l'identité psychosociale (Carpenito 2012).

Aucune étude du type de celle proposée n'a été réalisée en lien avec le développement du modèle STIV / SDAT et celui du modèle « intégré et interdisciplinaire », c'est pourquoi cette reprise de trois dossiers de patients sera très instructives sur la capacité de la spiritualité du patient à modifier ou non le plan de soins dont il est « l'objet ».

6.3.1.7. Plan général

Détails de la méthode

En lien direct avec ce contexte hospitalier et médical, et dans un souci de diffusion et surtout de discussion des résultats dans la communauté soignante, la méthode utilisée pour la « mise à l'épreuve » du modèle se réfère à la fois à l'étude cas clinique « *case report* » en médecine et à la méthode d'étude cas en sciences humaines.

Comme mentionné ci-dessus (cf. Partie 1, Chapitre 4, 96), après avoir décrit les liens entre une « casuistique médicale moderne » et la manière dont d'autres sciences (notamment sociales) utilisent « l'étude de cas », Jenicek (1997) montre l'intérêt de présenter des études comportant un seul cas clinique :

Un rapport de cas fait part d'une observation « non contrôlée ». Il n'établit pas une preuve généralisable sur le plan biostatistique, mais il génère des hypothèses importantes qui peuvent être testées par la suite [...]. Un bon rapport de cas est donc une démarche de recherche initiale à ne pas sous-estimer (Jenicek 1997, 97).

A propos de l'étude d'une série de 3 à 10 cas, l'auteur précise :

La présentation d'une série de cas au nombre limité d'individus n'enrichit pas la description du phénomène observé sur le plan de sa variabilité, de ses caractéristiques générales ou de sa représentativité. Elle nous renseigne plutôt sur la possibilité que ces cas ne soient pas uniques et suggère qu'il vaudrait la peine de mettre sur pied une véritable étude descriptive (Jenicek 1997, 67).

Par contre, si les buts et les étapes de présentation d'un cas clinique sont compatibles avec la finalité de la description d'un des effets de l'intégration de l'évaluation de la dimension spirituelle dans un colloque interdisciplinaire, objet de ce protocole, le contenu de la présentation des trois cas ne peut se faire sans le recours à des éléments de méthode en sciences sociales. En effet, l'observation faite et rapportée n'a pas un contenu proprement biomédical, dans le sens qu'il n'est pas d'abord centré sur le corps du patient. Ce contenu s'apparente à ce que les sciences sociales étudient habituellement (individus en interaction dans un environnement). Il est donc justifié de faire appel aux spécialistes de l'étude de cas en sciences sociales d'une part pour une validation de la démarche et d'autre part parce que la méthode sera plus à même de saisir l'objet de l'observation et d'en rendre compte. Par contre, toujours en tension avec l'environnement particulier de ce travail, des choix ont été effectués sur les accents principaux de la présentation. Une sélection de points dans le « guide de réalisation d'une étude de cas » proposé par Gagnon (2012, 5) permet de contribuer à cette validation tout en discutant les éléments pertinents pour rendre compte de l'objet au centre de ce protocole n°1.

Éléments pertinents du « guide de réalisation d'une étude de cas »	Importance de ces éléments pour la validation de la démarche	Discussion et réflexion sur le dispositif du protocole n° 1
Définir l'approche à laquelle adhère le chercheur.	Déterminer s'il souscrit à une perspective constructiviste.	L'approche se revendique constructiviste. Il s'agit d'un enjeu important de ce DThP. En effet, cette approche permet de critiquer non seulement l'épistémologie des sciences médicales, mais aussi celle des sciences infirmières quant à la spiritualité de la personne malade hospitalisée.
Utiliser des descripteurs concrets et précis.	Faire le moins d'interférence possible.	La structure des dossiers pour le recueil de données des patients en font un descripteur concret et précis. Le choix de présenter des cas amenés par les stagiaires visent à réduire les interférences provoquées par les liens entre l'équipe soignante et l'aumônier praticien chercheur.

Donner les caractéristiques de chaque site d'étude.	Faciliter la compréhension de l'analyse des données et la réplication de l'étude	Le lieu et les situations dans lesquels les données sont recueillies sont décrits minutieusement dans le protocole (établissement et colloque).
Définir les concepts, construits et unités d'analyse de l'étude.	Permettre à un autre chercheur qui voudrait faire une étude comparable de s'appuyer sur des bases similaires.	L'introduction au protocole de ce DThP donne une description de l'ensemble des concepts, construits et unités d'analyse.
Préciser la stratégie de collecte des données.	Utiliser cette présentation comme manuel opérationnel pour répliquer la collecte de données.	Les critères d'observation et de jugement permettent à un autre observateur de refaire l'étude.
Contrôler l'effet de la particularité des sites d'étude.	Eviter les résultats idiosyncrasiques	Les caractéristiques de l'établissement, le modèle de prise en charge et la population étudiée limitent la généralisation des résultats. Par contre la nature exploratoire de l'étude de ces cas génère des hypothèses à tester dans d'autres situations et populations.
Sélectionner des cas pertinents aux objectifs de la recherche.	Observer une réalité qui correspond aux construits à étudier	Le protocole s'attache à montrer comment la sélection des cas présentés est en lien avec la première exigence.
Choisir entre l'étude d'un cas unique ou multiple.	Déterminer le type d'étude de cas approprié à la question de recherche	Cf. plus haut les commentaires de Jenicek.
Générer des propositions explicatives du phénomène.	Construire une explication théorique pour chacun des cas dans son contexte local	Deux types d'explication théorique seront à l'œuvre dans ce travail, d'une part une explication relative à chaque cas, et après l'écriture d'un possible synoptique, une explication générale du phénomène observé lors de l'étape de la reprise théologique des résultats.

Tableau n° 9 : **Guide de réalisation d'une étude de cas, protocole n° 1**

Les commentaires et précisions apportés à ces critères de validation laissent penser que la présentation de ces trois cas devrait conduire à une vision élargie du phénomène (valeur exploratoire de la recherche) et une meilleure compréhension du phénomène (valeur explicative de la recherche).

Synthèse de la méthode

Cette présentation de dossiers s'inspire du livre de Jenicek (1997) sur la casuistique médicale.³⁶ La méthode a été adaptée à l'objet, mais « l'esprit » (Jenicek 1997, 97) qui anime cette étude de cas est le même. De plus, un des défis en lien avec les buts de Jenicek est de rendre compte de l'examen de ces dossiers dans un langage compréhensible pour la communauté soignante.

Choix des dossiers

Les dossiers ont été choisis à cause de l'effet particulier de la recommandation de type 3 lors du CI.

Ces trois dossiers ont les caractéristiques suivantes :

- les patients ont été évalués par les aumôniers stagiaires (cf. protocole n° 2) sous la supervision directe de l'aumônier praticien chercheur
- les patients ont une détresse spirituelle moyenne à sévère à l'évaluation (cf. supra, 137)
- la recommandation a été faite soit au cours de la deuxième semaine d'hospitalisation du patient (deuxième CI), soit au cours de la troisième semaine d'hospitalisation du patient (troisième CI).

Observation et recueil de données au cours du CI

³⁶ Pour la petite histoire, le professeur Mornex, qui signe la préface du livre, parle d'un emprunt de termes à la théologie.

Le théologien praticien chercheur a assisté comme observateur aux CI au cours desquels les recommandations ont été faites par les aumôniers stagiaires. Pendant le CI, le théologien praticien chercheur a noté précisément le contenu et la forme de la recommandation et consigné minutieusement ce qui a suivi l'énoncé de la recommandation (réactions des acteurs, échanges verbaux et la décision finale du chef de clinique).

Contenu des dossiers des patients

Les dossiers comprennent donc des indications générales sur les aspects biopsychosociaux et spirituels du patient, ainsi que des indications sur l'évolution du patient fonctionnelle et médicale des patients au cours des deux ou trois premières semaines d'hospitalisation.

Suite aux observations faites au cours du CI, figurent aussi :

- une description minutieuse de son état global et du plan de soin initial
- la description minutieuse du déroulement du CI où la recommandation a été faite
- la description minutieuse de ce qui s'est passé dans le CI après la recommandation, y compris la décision du CDC.

Analyse des observations et interprétation des résultats

Les observations seront analysées en fonction des critères théoriques d'évaluation mentionnés ci-dessus et une interprétation des résultats sera proposée.

6.3.1.8. Considération éthique

Il n'y a pas de problème d'éthique en lien avec ce protocole.

Pourtant, en lien avec le recueil des informations servant à constituer le dossier, il faut mentionner les aspects suivants :

- les rencontres reprises dans le cadre de ce protocole n'étaient pas des entretiens effectués dans le cadre d'une recherche, mais dans le cadre de la routine clinique.

- les patients ont le droit de refuser un entretien avec un aumônier, de même que les patients ont la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment sans préjudice d'aucune sorte. La déontologie de l'aumônier d'hôpital exige que celui-ci nomme explicitement ces deux éléments au début de l'entretien.

- les patients sont explicitement avertis que des informations sont susceptibles d'être transmises au CI. Si le patient, sans avoir invoqué de raison, refuse, l'aumônier s'engage à garder toutes les informations confidentielles. Certaines informations importantes (risques avérés de suicide, erreur médicale, etc.) font l'objet de discussion avec le patient si ce dernier refuse qu'elles soient communiquées.

4. Toute forme de prosélytisme est explicitement interdite aux aumôniers d'hôpitaux.

6.3.2. Protocole de recherche n° 2

6.3.2.1. Titre

Analyse du vécu professionnel de trois aumôniers expérimentés ayant fait un stage expérimental de cinq semaines d'apprentissage du modèle STIV / SDAT au CUTR de Sylvana intitulé : « stage de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT ».

6.3.2.2. Etat des connaissances

Pour situer le « stage de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT », une brève typologie des stages offerts habituellement aux aumôniers est nécessaire.

Les stages EPC (Education Pastorale Clinique) et leur évolution.

Les stages EPC ont beaucoup évolué ces dernières années, en lien direct avec la volonté de professionnalisation des aumôniers d'hôpitaux.³⁷ Alors qu'Anton Boisen souhaitait (Valotton 1999) que les étudiants en théologie soient capables de « lire les documents humains », et soient ainsi mieux préparés à accompagner tant les malades que les paroissiens confiés ensuite à leur ministère, certains superviseurs mettent aujourd'hui plus l'accent sur l'appriovissement du milieu hospitalier. Mais, encore aujourd'hui, l'immense majorité de ces stages dont la pédagogie est andragogique sont centrés sur la découverte de « soi en relation ». Cette découverte de l'importance de ses dynamiques psychiques personnelles, ainsi que de ses principales représentations religieuses et spirituelles dans l'accompagnement pastoral est le but principal de ces stages. En ce sens, ces stages ne formalisent pas l'interaction ou la collaboration avec les soignants.

Si, aux États-Unis et au Canada (avec de considérables écarts dans le temps), les jeux de relations entre les institutions ecclésiales et de santé, (relations arbitrées par l'État), obligent les responsables institutionnels, alliés aux universités, à élaborer et à définir des standards pour rendre lisible le travail des aumôniers, la situation en Europe évolue nettement plus lentement, les Églises gardant le monopole des « envoyés » dans les institutions de santé. Néanmoins une évolution se dessine aussi dans ce contexte, comme en témoigne certains formateurs EPC (Odier 2001).

Un autre facteur qui influe sur une redéfinition importante des buts de ces stages tant en Amérique du Nord qu'en Europe est l'émergence d'un « accompagnement spirituel » (Jobin 2013) dont l'enjeu n'est pas d'abord la « pastorale des malades » (sacramentelle ou de propositions), mais bien le cheminement avec l'autre dans son itinéraire de vie, surtout si ce dernier est bouleversé par l'expérience de la maladie. Cette nouvelle activité, lorsque pratiquée par des aumôniers, est généralement justifiée « après coup » par des réflexions théologiques et philosophiques (Rimbaut 2006). Elle exige des responsables d'aumônerie et des formateurs d'enseigner des connaissances et des compétences spécifiques au travail d'accompagnement spirituel, tout en restant fixé sur un horizon ecclésial (Rosselet 2013).

³⁷ Il suffit de consulter les sites des associations des aumôniers pour visualiser cette évolution (site de l'AISSQ, JCAHO, etc.)

En Europe francophone, ce point, traduit dans la communauté soignante comme la conséquence de la distinction entre la religion et spiritualité, couplé avec le souhait de faire partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire, rend obligatoire une nouvelle étape de définitions de connaissances et de compétences métier spécifiques et interdisciplinaires, d'autant plus que la provenance des aumôniers est de plus en plus diversifiées.

En Amérique du Nord, une double évolution se dessine, celle du transfert en routine clinique de modèle de « *spiritual assessment* » (Fitchett 2014), (avec la difficulté mentionnée plus haut de la diversité des modèles et de la non validation de la plupart de ces modèles) et les essais de mesures de l'efficacité des aumôniers (comme le propose un article de 2008 du Hasting Center Report).

Le stage « stage de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT »

C'est dans ce contexte qu'a été proposé conjointement par le Service de Gériatrie et de Réadaptation gériatrique du CHUV et le Centre de formation du Service de l'aumônerie œcuménique du CHUV aux aumôniers du Canton de Vaud un « stage de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT » au Centre Universitaire de Traitement et de Réadaptation (CUTR) de Sylvana.

6.3.2.3. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les rapports de trois aumôniers ayant participé au « stage de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT ».

Les objectifs secondaires sont de relever les éventuelles difficultés auxquelles ont dû faire face ces trois aumôniers et de relever également les éléments pertinents pour une révision du modèle STIV / SDAT.

6.3.2.4. Buts de l'étude

Analyser le vécu professionnel de trois aumôniers ayant participé au « stage de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT ».

6.3.2.5. Justification

Ce « stage de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT » était une occasion de vérifier si le modèle STIV /SDAT était enseignable et si les aumôniers stagiaires sauraient s'adapter à une manière de travailler en interdisciplinarité en « vivant » du modèle « intégré et interdisciplinaire ». Par ailleurs, aucun stage permettant de se former à la fois à une évaluation structurée de la dimension spirituelle et à un modèle assignant clairement une place à l'aumônier dans l'équipe interdisciplinaire n'avait été proposé dans le Centre de formation du Service de l'aumônerie œcuménique du CHUV conjointement avec un service d'hospitalisation du CHUV. Une nouvelle pédagogie pour un tel stage était aussi testée, alliant apprentissage de connaissances et de compétences pour le travail spécifiques et interdisciplinaire de l'aumônier, une supervision directe sur le terrain, et l'examen de l'impact sur soi comme professionnel, y compris des aspects émotionnels.

6.3.2.6. Plan général

Détails de la méthode

Comment étudier « intelligemment » le « cas » de trois aumôniers expérimentant une manière nouvelle d'exercer leur travail dans l'environnement hospitalier ? Les mêmes critères de Gagnon (2012) ont été retenus :

Éléments pertinents du « guide de réalisation d'une étude de cas »	Importance de ces éléments pour la validation de la démarche	Discussion et réflexion sur le dispositif du protocole n° 2
Définir l'approche à laquelle adhère le chercheur.	Déterminer s'il souscrit à une perspective constructiviste.	L'approche est clairement constructiviste. Cette manière d'étudier les rapports d'apprenants à une nouvelle manière de travailler et à un contexte est bien de nature constructiviste (Dubet 1994).

Utiliser des descripteurs concrets et précis.	Faire le moins d'interférence possible.	La structure du journal des participants au « stage de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT » en font un descripteur concret et précis.
Donner les caractéristiques de chaque site d'étude.	Faciliter la compréhension de l'analyse des données et la réplication de l'étude	Le lieu et les situations dans lesquels les données sont recueillies sont décrits minutieusement dans le protocole (lieu et programme de stage).
Définir les concepts, construits et unités d'analyse de l'étude.	Permettre à un autre chercheur qui voudrait faire une étude comparable de s'appuyer sur des bases similaires.	Le programme du stage donne un aperçu de l'apprentissage et de l'entraînement nécessaires à l'utilisation du modèle STIV / SDAT.
Préciser la stratégie de collecte des données.	Utiliser cette présentation comme manuel opérationnel pour répliquer la collecte de données.	Les critères à partir desquels les stagiaires s'observent et s'analysent permettent à un autre observateur de refaire l'étude.
Contrôler l'effet de la particularité des sites d'étude.	Eviter les résultats idiosyncrasiques	Les caractéristiques de l'établissement, le fait qu'il y ait un seul stage et seulement quatre stagiaires limitent la généralisation des résultats. Par contre la nature exploratoire de l'étude du « vécu » professionnel de ces stagiaires dans un environnement accueillant génère des données utiles comprendre ce « vécu » et pour une révision du modèle STIV / SDAT.
Sélectionner des cas pertinents aux objectifs de la recherche.	Observer une réalité qui correspond aux construits à étudier	Le protocole s'attache à montrer comment la sélection des cas présentés est en lien avec la deuxième exigence.
Choisir entre l'étude d'un cas unique ou multiple.	Déterminer le type d'étude de cas approprié à la question de recherché	Cf. plus haut les commentaires de Jenicek.

Générer des propositions explicatives du phénomène.	Construire une explication théorique pour chacun des cas dans son contexte local	Deux types d'explication théorique seront à l'œuvre dans ce travail, d'une part une explication relative à chaque cas, et après l'écriture d'un possible synoptique, une explication générale du phénomène observé lors de l'étape de la reprise théologique des résultats.
---	--	---

Tableau n° 10 : **Guide de réalisation d'une étude de cas, protocole n° 2**

Ce protocole n'est donc pas une convocation d'un groupe d'experts sollicités pour donner son avis sur un nouveau « produit » ou participer à la validation du modèle STIV / SDAT. Cette méthode de recherche consistant à recueillir l'avis d'experts est discutée chez les spécialistes des méthodes qualitatives. La recommandation générale est de n'utiliser cette manière de faire que dans les cas où il n'y a pas d'autre alternative (peu ou pas de littérature à disposition ou encore, pas d'autre façon d'approcher le phénomène). Sandelowski (1998) discute, dans une perspective soignante, l'apport des experts tant pour l'apport à la compréhension d'un phénomène étudié que pour une démarche de validation. Sa conclusion : « Researchers must be judicious in their claims to expert validation, and experts must move researchers away from a preoccupation with validation toward craftsmanship and accountability to diverse communities. » peut être considéré comme un appel à la prudence.

En fait, ce protocole n° 2 vise à recueillir des éléments d'une expérience de formation d'aumôniers ayant les acquis professionnels nécessaires pour expérimenter le modèle STIV / SDAT dans une mise en œuvre du modèle « intégré et interdisciplinaire » (Monod et collab. 2012). Cette expérience étant ensuite analysée et interprétée en vue d'une éventuelle révision du modèle. Cette expérience est générée par un type de stage assimilable aux stages EPC exigeant des stagiaires de produire des documents à intervalles réguliers (dans ce cas l'écriture d'un journal) qui décrivent leur vécu (ici thématiqué par cinq points, l'impact que le stage a sur le stagiaire et sur ce qu'il fait, les éléments qu'il s'approprie (avec un commentaire éventuel sur l'accessibilité et sur l'intelligibilité des contenus et des

processus du stage), la complication et/ou de la simplification qu'il constate vis-à-vis du travail dans le stage en comparaison avec le travail habituel, la progression dans l'apprentissage du modèle et l'état dans lequel il se trouve (physique et psychique)).

En lien avec la pédagogie andragogique utilisée (même si ce n'est pas/plus la seule mise en œuvre dans ces stages), chaque stagiaire contribue à l'étude de son propre cas et en retire des éléments de compréhension de son vécu (par le moyen de l'écriture et lors de la supervision). L'utilisation d'un journal de bord intitulé « Document pour les temps de reprise personnelle » est donc congruente avec la manière d'utiliser l'écriture dans les stages EPC (Valotton 1999 ; Odier 2001).

L'autre ambition de l'utilisation du journal de bord est de constater aussi une forme de progression, d'appropriation et de professionnalisation au cours du stage. Cette utilisation est directement inspirée d'une contribution sur la thématique de Mélanie Deum (2004) qui se termine par :

[...] l'analyse collective et constructive de situation ne peut se faire que sur la base d'un échange d'expériences. Cela renvoie dès lors à l'utilisation d'un journal de bord, trace du développement et de la mémoire professionnelle inscrite dans la continuité, afin d'apprendre d'expériences réelles, concrètes et représentatives du vécu de l'étudiant. (Deum 2004, 17)

Les documents des étudiants permettent donc à la fois un travail personnel de retour sur soi et apportent aussi des informations susceptibles d'aider à la révision du modèle. En effet, les commentaires apportés par les stagiaires devraient apporter une vision élargie du vécu professionnel de ces aumôniers pendant ce stage (valeur exploratoire de la recherche) et une meilleure description des difficultés (voire des résistances) à attendre des aumôniers lors d'une introduction du modèle STIV / SDAT dans une forme de routine clinique (valeur de compréhension de la recherche).

Se référant à Deum, cette méthode souffre peut-être d'un manque, d'un « trou », à savoir l'apport des échanges entre les étudiants et les superviseurs pour l'étude et une éventuelle révision du modèle STIV / SDAT après analyse des données. En fait, ce manque est de peu d'importance pour cette étude dans la mesure où les entretiens en cours de stage ont portés soit sur ce que les journaux des

étudiants contenaient déjà, soit sur des explications théoriques concernant le modèle. Une rencontre de suivi, organisée plusieurs semaines après la fin du stage, n'a pas apporté de nouveaux éléments (aucun des stagiaires n'a souhaité modifier son journal).

Ce qui s'est passé avant le stage

Les quatre aumôniers ont répondu à une annonce présentant le stage sur le site internet de l'aumônerie œcuménique du CHUV et, après examen de leur lettre de motivation, ont passé avec succès une entrevue avec les deux animateurs du stage (Cosette Odier, formatrice responsable du Centre de formation du Service de l'aumônerie du CHUV et Etienne Rochat).

Aucun des quatre aumôniers stagiaires n'avait expérimenté le modèle dans le travail avant le stage.

Un consentement a été demandé à chaque candidat pour l'utilisation de leur journal de stage. C'est Cosette Odier qui s'est chargée de l'information et de l'obtention du consentement.

Ce qui s'est passé pendant le Stage

Les aumôniers stagiaires ont reçu le programme du stage, ainsi que le document pour reprendre et commenter leur expérience.

Méthode d'analyse des journaux des stagiaires

Comme indiqué dans le document, les temps de reprise personnelle sont des temps destinés à évaluer ce qui est reçu, ce qui se fait et ce qui est vécu au cours du stage. Autrement dit chaque aumônier stagiaire est invité à rendre compte :

- de l'impact que le stage a sur lui et sur ce qu'il fait, c'est-à-dire si le vécu au cours du stage le déplace, lui fait changer son point de vue sur des aspects de son travail,
- des éléments qu'il s'approprie (avec un commentaire éventuel sur l'accessibilité et sur l'intelligibilité des contenus et des processus du stage), c'est-à-dire si le vécu au cours du stage lui permet de faire sien de nouveaux contenus et de nouveaux processus,
- de la complication et/ou de la simplification qu'il constate vis-à-vis du travail dans le stage en comparaison avec le travail habituel, c'est-à-dire si le vécu au cours du stage lui rend l'activité plus complexe ou au contraire plus facile,

- de la progression dans l'apprentissage du modèle, c'est-à-dire si le vécu au cours du stage lui permet de constater qu'il acquiert de nouvelles habiletés,
- de l'état dans lequel il se trouve, c'est-à-dire si le vécu au cours du stage lui fait ressentir son corps de d'une manière particulière ou s'il est psychologiquement ou psychiquement affecté.

Ces journaux seront lus par le théologien praticien chercheur et le vécu professionnel de chaque stagiaire fera l'objet d'une synthèse en fonction de ces cinq critères. Puis un synoptique des quatre synthèses sera réalisé afin de constater s'il est possible de discerner des similitudes dans les expériences des aumôniers stagiaires.

6.3.2.7. Considération éthique

Il n'y a pas de problème d'éthique en lien avec ce protocole.

En lien avec la participation au stage, un consentement (annexe 2) à signer a été donné aux quatre stagiaires par Cosette Odier, formatrice responsable au Centre de formation du Service de l'aumônerie œcuménique du CHUV, et qui a participé au stage en tant que co-animatrice. Les quatre aumôniers ont signé le consentement, mais une candidate a finalement retiré son consentement pour l'utilisation des données de son stage par le théologien praticien chercheur.

En complément des éléments notés dans le protocole n°1, ci-après, une présentation des principaux éléments régissant l'activité des aumôniers au sein du CHUV.

Les aumôniers du CHUV, envoyés des Églises catholique et protestante du canton de Vaud, sont intégrés à la Direction des Soins du CHUV en tant que Service d'aumônerie œcuménique du CHUV. A ce titre ils ont accès aux personnes hospitalisées au CHUV sans restriction, les exceptions (isolement, instabilité, refus documenté de rencontrer l'aumônier, etc.) sont discutées avec les responsables soignants et médicaux du Service d'hospitalisation concerné.

Les aumôniers sont soumis aux secrets professionnel et de fonction, et, ainsi, ils ont un accès à certaines informations contenues dans le dossier informatisé des patients.

Les aumôniers sont soumis à des règles strictes visant à éviter tout prosélytisme envers les patients qu'ils rencontrent. Pratiquement, cela signifie d'une part qu'un patient est libre d'accepter ou non la rencontre avec l'aumônier et que d'autre part l'aumônier n'exerce aucune pression d'aucune sorte sur les patients.

Hormis ces restrictions, les aumôniers sont libres de mener leurs entretiens (entretien libre, non directif ou semi-structuré) comme ils le souhaitent, le patient étant seul juge pour accepter la rencontre dans un premier temps et pour répondre ou non à des questions posées dans un deuxième temps. Autrement dit aucun protocole particulier n'existe qui régulerait la rencontre entre un aumônier et un patient. Des précautions particulières sont prises par les aumôniers pour les personnes vulnérables ou qui ne bénéficient pas de leur capacité de discernement.

Comme pour l'ensemble des personnels de l'hôpital, la confidentialité de l'entretien est garantie quant aux aspects personnels communiqués par le patient à l'aumônier. Si un aumônier juge nécessaire de transmettre un élément aux membres de l'équipe multidisciplinaire, il en fait la demande au patient, le cas échéant à sa famille, voire à son représentant thérapeutique.

La présence des aumôniers dans le CHUV et la manière dont ils interviennent sont décrits dans le livret d'information et de bienvenue donné à toutes les personnes hospitalisées. Ce livret donne aussi les informations nécessaires aux patients pour solliciter un aumônier.

Partie 3 : Résultats des tests

Chapitre 7 : Résultats du protocole n°1

7.1. Introduction

Ce chapitre, comme le suivant (cf. Chapitre 8), suivra les quatre étapes de la méthode décrite dans la Partie 2, Chapitre 5. Les résultats des deux protocoles (cf. Chapitres 7 et 8) seront regroupés dans l'étape 1. Pour cette « boucle » de la méthode (cf. Partie 2, Chapitre 5, 105) la partie 1 rapporte deux expériences centrées sur la même pratique, à savoir l'utilisation (le test) du modèle STIV / SDAT. La première est la présentation de trois cas clinique (protocole n° 1) et la deuxième est la présentation du vécu professionnel de ceux ayant réalisés ces cas, trois aumôniers expérimentés ayant participé au stage expérimental de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT (protocole n° 2).

Le travail sur la question de recherche sera le cœur des étapes 2 et 3 (cf. Partie 2, Chapitre 5, 111). Enfin, quelques considérations prospectives seront émises en vue d'une étape 4 à venir (cf. Partie 2, Chapitre 5, 107).

7.2. Etape 1, résultats du protocole n°1

7.2.1. Rappel du titre

Présentation de trois études cas de patients souffrant de détresse spirituelle évaluée par le modèle STIV/SDAT hospitalisés au CUTR de Sylvana, y compris l'étude de l'effet des recommandations du type 3 pour la prise en charge de patients.

7.2.2. Rappel du but

Etudier et caractériser l'effet d'une recommandation de type 3 pour la prise en charge de patients hospitalisés au CUTR de Sylvana.

7.2.3. Rappel de deux éléments de la méthode

7.2.3.1. Choix des dossiers

Les dossiers ont été choisis à cause de l'effet particulier de la recommandation de type 3 lors du colloque interdisciplinaire (CI).

Ces trois dossiers ont les caractéristiques suivantes :

- les patients ont été évalués par les aumôniers stagiaires sous la supervision directe de l'aumônier praticien chercheur au cours du stage expérimental d'apprentissage au modèle STIV / SDAT
- les patients ont une détresse spirituelle moyenne à sévère à l'évaluation
- la recommandation a été faite soit au cours de la deuxième semaine d'hospitalisation du patient (deuxième CI), soit au cours de la troisième semaine d'hospitalisation du patient (troisième CI).

7.2.3.2. Contenu des dossiers

- résumé des informations issues du premier et le cas échéant du deuxième CI
- libellé de la synthèse communiquée au cours du colloque par le stagiaire
- observation de ce qui se passe dans le CI après l'énoncé de la recommandation.

7.2.4. Dossier clinique n° 1 : Madame X, 94 ans

Ce dossier est une retranscription du dossier clinique du stagiaire et de ses notes. Cette évaluation a lieu au début du stage et le stagiaire n'est pas encore familier avec la procédure exigée par l'administration du SDAT. C'est pourquoi l'exposé de dossier n°1 a un aspect didactique, le stagiaire ayant noté un nombre important des interactions avec le superviseur au cours de l'évaluation de la dimension spirituelle de Mme X et de l'élaboration des recommandations transmises au CI n° 2.

Le lecteur trouvera donc dans ce dossier des détails sur la façon dont le superviseur est intervenu au cours de l'entretien d'évaluation ainsi que la manière dont il a essayé de faire progresser le stagiaire dans l'utilisation du modèle STIV / SDAT. La lecture de ce dossier devrait également permettre au lecteur de mieux comprendre l'origine des remarques faites par les stagiaires au cours du stage.

Date du CI : XX.09.2012

Informations CI n° 1 après 5 jours d'hospitalisation

Médecin assistant : histoire médicale et diagnostique

Mme X n'a jamais été hospitalisée pour une longue période. Mme X est hospitalisée suite à la persistance d'ulcères aux membres inférieurs. De plus, elle présente une baisse de l'état général et un déclin fonctionnel qui ne lui permettent pas de rester chez elle actuellement. Des examens de son système artéro-veineux sont prévus et une éventuelle opération de revascularisation est envisagée.

Mme a des douleurs parfois supportables, parfois très fortes. L'antalgie est en train d'être adaptée.

Elle collabore peu et n'accepte pas facilement les examens proposés.

MMS 27/30³⁸ **GDS** 0/4³⁹

Infirmière de liaison : données sociales et manière de vivre habituelle à domicile (y compris les éventuelles aides)

Mme X vient de France, (de la région de Bourgogne), elle est retraitée. Elle a travaillé à Lyon dans la vente de textile. Mme X est divorcée et vit seule à domicile. Elle n'a pas eu d'enfant. Mme X avait un petit chien, décédé il y a environ 3 ans, auquel elle était très attachée et qui lui manque encore beaucoup. Elle est très entourée par ses voisins et plus particulièrement par un ami plus jeune qui a un contact quotidien avec Mme X (soit une visite, soit un téléphone). Mme X considère ce Monsieur comme son filleul. Il a une procuration et s'occupe des paiements de Mme X. Une voisine fait sa lessive, et les courses sont effectuées par des voisins.

Mme X est connue du Centre Médico Social (CMS) de son quartier pour : une aide à la douche 1/7, repas 7/7, pansements aux membres inférieurs 4/7. Mme X a toujours refusé un moyen auxiliaire de marche, elle se déplace avec l'appui d'une chaise chez elle.

Mme X ne sort plus depuis plusieurs années. Elle a refusé le Secutel⁴⁰ également.

³⁸ MMS = Mini-Mental State : échelle de performance cognitive. Un score de 27/30 indique des capacités cognitives conservées.

³⁹ GDS = Geriatric Depression Scale : échelle de dépistage d'un syndrome dépressif. Un score de 0/4 indique qu'il n'y a pas de nécessité de proposer un examen psychiatrique pour cette affection.

⁴⁰ Dispositif qui se porte au poignet et qui permet de prévenir les proches que l'on a besoin d'aide par simple pression d'un bouton.

Infirmière : rapport des soignants

Ces premiers jours sont difficiles car Mme X collabore peu (prise des médicaments, toilettes, pansements, etc.), tout est sujet à discussion et à négociation, y compris les médicaments contre la douleur.

Physiothérapeute et ergothérapeute

Une première évaluation montre que Mme X a un potentiel de réadaptation. Les objectifs sont 1. faire baisser ses douleurs ; 2. lui faire accepter un moyen auxiliaire de marche ; 3. augmenter son périmètre de marche (ressortir ?) ; 4. améliorer ses transferts ; 5. lui faire faire en partie sa toilette et 6. refaire (ou réchauffer ?) quelques plats simples.

Les évaluations ont été difficiles à réaliser en raison du manque de collaboration de Mme X.

Accompagnant spirituel / aumônier

Le stagiaire a rencontré seul Mme X pendant un peu plus de 5 minutes. L'évaluation n'a pas encore pu être faite, car Mme X s'est d'emblée déclarée non-croyante et le stagiaire n'a pas su relancer le dialogue après cette affirmation. Mme X a quand même accepté de revoir le stagiaire ... pour passer le temps. Si possible, un entretien d'évaluation sera réalisé en présence du superviseur.

Infirmière de liaison : souhait du patient pour l'hospitalisation et la sortie

Impossible d'obtenir une réponse claire de la part de Mme X, elle se contente de raconter l'organisation de ses journées ainsi que des épisodes de sa vie.

Chef de clinique (CDC : médecin responsable de l'étage) de l'ensemble des patients de l'étage : commentaire et synthèse

Madame X a besoin de temps pour apprivoiser sa nouvelle situation et elle a sans doute quelques troubles de l'adaptation qui expliquent son manque de collaboration et ses refus. Pour la prise en charge effective, le médecin propose de continuer à expliquer les enjeux de cette réadaptation à Mme X et de la poursuivre.

Répondant à une question du superviseur, le CDC ajoute qu'au vu des antécédents de la patiente, il a été décidé qu'elle bénéficierait d'une attitude B (réanimation à l'étage sans transfert aux soins intensifs).

Date probable de fin de réadaptation

Trois semaines de réadaptation sont prévues

Souhait du patient

Pas de souhait exprimé

Destination probable

Retour à domicile (RAD)

Synthèse du stagiaire à la fin de ce premier CI

A la fin du CI, le superviseur demande au stagiaire de lui expliquer ce qu'il a compris de cette première présentation de Mme X.

Le stagiaire a compris qu'il s'agit d'une très vieille dame qui est sous le choc d'une première hospitalisation longue, et qu'elle est à risque de faire des complications graves si ses ulcères ne se ferment pas (infection, gangrène).

Le stagiaire a également entendu que cette dame se débrouille chez elle depuis longtemps avec l'aide du CMS et d'un ami plus jeune qu'elle. Elle semble refuser certaines facilités (moyen auxiliaire pour se déplacer) qui lui sont offertes et certains éléments qui augmenteraient sa sécurité (Secutel).

Le superviseur demande encore au stagiaire s'il se pose des questions avant de retourner voir Mme X. Le stagiaire dit qu'il se pose deux questions. La première est : « est-ce que Mme X pourrait améliorer sa qualité de vie si sa mobilité augmente ? », et la deuxième est « est-ce que son histoire de vie est marquée par la 2^{ème} guerre mondiale ? ». Le superviseur lui suggère de noter ses questions en vue de tester leur pertinence comme éventuelles questions de relance lors de l'entretien d'évaluation.

Informations CI n° 2 : après 12 jours d'hospitalisation**CDC : introduction**

Nous parlons de Mme X, hospitalisée depuis 12 jours pour ulcères aux membres inférieurs et baisse de l'état général. Elle souffre aussi de troubles de l'adaptation. A la visite médicale, hier matin, je l'ai trouvée déprimée et je vais demander une consultation psychiatrique pour Mme X, même si le dépistage pour la dépression est négatif.

Médecin assistant : prise en charge médicale

Mme X refuse les investigations et ne souhaite pas prendre de médicament. Elle accepte les soins de ses ulcères avec difficulté. Elle refuse un bilan artéro-veineux et une opération éventuelle de revascularisation. Elle a été informée des risques d'évolution défavorable. Les douleurs persistent, aussi du fait de la non adhésion de Mme X au traitement antalgique.

Infirmière : rapport des soignants

Mme X ne fait pas ou très peu de progrès. Mme X ne souhaite plus rentrer à la maison. Elle dit ne plus avoir la force de gérer son quotidien. Mme X accepte un placement en Etablissement Médico Social (EMS) si cet établissement est situé à Lausanne afin de bénéficier des visites de son entourage. Mme X dit enfin vouloir mourir tout en répétant qu'elle n'a pas le droit de se laisser aller, notamment à cause de l'attachement de son ami pour elle. Elle ajoute : « qu'est-ce qu'il penserait de moi ? ».

Physiothérapeute et ergothérapeute

Mme X refuse souvent les traitements. Elle dit ne pas comprendre le sens des exercices. Mais, quand elle accepte, elle fait des progrès dans les transferts. Par ailleurs un essai « thé » avec moyen auxiliaire adapté a montré que Mme X a encore des possibilités tant au plan cognitif qu'au plan pratique.⁴¹

Accompagnant spirituel / aumônier

Le stagiaire et l'aumônier ont rencontré Mme X l'avant-veille.

Ci-dessous les six temps de l'administration du SDAT, partie non communiquée au CI (Monod 2012, 45)

Temps n°1 : entretien semi structuré avec le patient

⁴¹ Cet essai « thé » est un test des ergothérapeutes qui permet d'évaluer les capacités des patients lors de la préparation d'une tasse de thé.

Date évaluation initiale : après 10 jours d'hospitalisation

N° de la semaine de réadaptation : cette évaluation prend place dans la deuxième semaine de réadaptation

Durée entretien : l'entretien a duré 35 minutes

Qualification de l'alliance : très bonne – bonne – moyenne – mauvaise - non construite

L'alliance est de suite bonne à très bonne. Mme X nous accueille et nous demande de nous asseoir vers elle. Le stagiaire est un peu étonné de ce changement d'attitude. Le stagiaire, soucieux que Mme X ne nous confonde pas avec d'autres, prend le temps de vérifier si elle l'a bien reconnu et est bien d'accord de nous parler. Mme X lui répond qu'elle a eu peur que le stagiaire ne vienne lui parler de Dieu, mais que, après explication des infirmières, elle a compris que nous souhaitions simplement parler avec elle. Ce qu'elle accepte volontiers.

Aspects de structure concept de spiritualité dimension spirituelle	Aspects fonctionnels sphère spirituelle (en relation avec la maladie)	Questions de relance pour l'entretien semi-structuré Informations pertinentes recueillies au cours de l'entretien semi-structuré
sens Equilibre global de vie.	- besoin de reconstruire un équilibre de vie	- Votre hospitalisation a-t-elle des répercussions sur votre manière habituelle de vivre ? - Votre hospitalisation a-t-elle des répercussions sur la façon dont vous vivez habituellement ? - Votre équilibre global de vie est-il perturbé par ce qui vous arrive maintenant (hospitalisation, maladie) ? - Avez-vous des difficultés à faire face à ce qui vous arrive maintenant (hospitalisation, maladie) ? Notes Mme dit clairement que cette hospitalisation est un tournant majeur dans sa vie. Elle poursuit en disant que « plus rien ne sera comme avant ».

	<p><i>global</i></p> <p>- <i>besoin d'apprendre un « vivre avec » ... la maladie, le handicap</i></p>	<p><i>Suite à une question précise du stagiaire, Mme répond « je ne veux plus faire de projets, je me laisse vivre jusqu'à ma mort ».</i></p> <p><i>Mme raconte plusieurs fois les mêmes choses. Ces éléments de récit vont clairement dans le même sens. Le superviseur intervient et propose une image : « vous nous parler comme si vous aviez des morceaux de puzzle devant vous et que vous ne saviez plus quoi faire avec ces morceaux ». Mme dit que l'image lui parle et ajoute à ce moment là que : « ce dernier bout de ma vie n'a pas d'intérêt ».</i></p>
<p><i>transcendance</i> <i>Fondement extérieur à la personne et qui l'enracine.</i></p>	<p>- <i>besoin d'être en lien avec son fondement existentiel</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Avez-vous une religion, une foi particulière ou une spiritualité ?</i> - <i>Ce qui se passe pour vous maintenant a-t-il changé votre relation à Dieu (plus proche de Dieu, Dieu plus lointain, pas de changement) / a-t-il changé quelque chose dans votre spiritualité ?</i> - <i>Votre religion / votre spiritualité est-elle ébranlée / mise en question par ce qui vous arrive maintenant ?</i> - <i>Est-ce que ce qui vous arrive maintenant perturbe / modifie la façon dont vous vivez ou exprimez votre foi / votre spiritualité / votre religion ?</i> <p><i>Notes</i></p> <p><i>Mme déclare ne pas être croyante. Mme ajoute ne pas croire à une vie après la mort, même si elle aurait aimé retrouver son petit chien qui lui manque tellement. Elle ajoute avec une certaine émotion : « ma mère est morte lorsque j'avais 9 ans. Je l'aimais beaucoup. S'il y avait une vie après la mort, je suis certaine qu'elle m'aurait fait un signe. C'est impossible qu'elle ne se soit pas manifestée. ».</i></p> <p><i>Mme raconte comment elle a souffert dans une école de sœurs et comment :</i></p>

	<p>- besoin de beau</p>	<p>« les images pieuses que les bonnes sœurs me présentaient pendant mon enfance sont devenues des symboles d'oppression ». En conclusion dit-elle : « Si Dieu existe, il est vraiment très décevant ! ».</p> <p>Le stagiaire demande alors si l'art (la musique ou la peinture) a éventuellement contribué à une forme de spiritualité chez Mme. Mme raconte comment elle a vivement apprécié chanter dans un chœur, mais que la musique est toujours restée associée à une activité sociale. Elle n'a jamais vécu d'expérience spirituelle dans ces moments là. Elle ajoute avec un clin d'œil qu'elle ne se doutait pas que cela fut possible.</p> <p>Le stagiaire demande alors à Mme en quoi elle croit aujourd'hui. Mme raconte qu'elle a perdu la foi pendant la guerre. Cette perte de foi s'est accentuée après en raison des récits de son mari, ancien déporté, dont elle s'est finalement séparée.</p> <p>Le stagiaire demande encore en quoi ou en qui était cette foi perdue. Mme raconte comment cette foi était : « dans la capacité de l'homme avec un grand H à construire un monde meilleur ».</p> <p>Le stagiaire termine son exploration par une question sur l'impact de cette perte de foi dans la vie de Mme et en particulier au moment où l'on se parle. Mme raconte trois histoires où elle a fait face à la méchanceté humaine, mais sans illusion que : « rien ne puisse s'améliorer ». « En ce sens » dit-elle « ma vie a été un long chemin sans espoir », « j'ai survécu, ai-je vécu ? ». Mme a alors les yeux dans l'eau.</p>
<p>valeurs</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous que les soignants qui s'occupent de vous vous connaissent suffisamment bien pour bien vous soigner ? - Avez-vous suffisamment d'information au sujet de votre problème de santé et sur les objectifs / les buts de votre hospitalisation et sur votre traitement ? - Avez-vous le sentiment / l'impression de participer aux décisions prises à propos

<p><i>VI : ce qui a de l'importance /du poids dans la vie de la personne</i></p>	<p>Besoin de reconnaissance des valeurs</p> <p><i>VI - besoin que les soignants connaissent ce qui a de la valeur, du poids chez la personne</i></p> <p>Besoin de maintenir un contrôle</p> <p><i>V2 - besoin de</i></p>	<p><i>de vos soins / de vos traitements ?</i></p> <p><i>- Comment décririez-vous votre relation avec les médecins et les autres professionnels de la santé?</i></p> <p>Notes</p> <p><i>Le stagiaire demande à Mme si elle a l'impression que les soignants et les médecins se sont intéressés à elle et à son histoire de vie ? Mme raconte encore une fois certains éléments clefs de son existence en guise de réponse. Le stagiaire repose sa question. Mme répond : « Non. Ils sont gentils et aimables mais je ne les intéresse pas. C'est mon corps qui les intéresse. ».</i></p> <p><i>Le stagiaire décide de poser directement la question relative à cette sous-dimension, à savoir : « Pensez-vous que les soignants qui s'occupent de vous vous connaissent suffisamment bien pour bien vous soigner ? ». Mme répond que cela n'est pas leur travail de connaître les gens, mais elle concède tout de même que s'il l'écoutait son hospitalisation aurait « une autre couleur ».</i></p> <p><i>Le superviseur intervient encore et demande si les douleurs de Mme persistent encore et si les efforts des médecins commencent à déployer leurs effets. Mme répond en racontant qu'elle souffre depuis longtemps, qu'elle a appris à vivre avec « une grande variété de douleurs ». Elle a peur des médicaments qui contiennent des drogues contre les douleurs car elle a peur de ne plus avoir « sa tête » pour communiquer avec son ami et ses voisins.</i></p> <p><i>Le stagiaire demande à Mme si elle a l'impression de participer aux décisions qui</i></p>
--	--	---

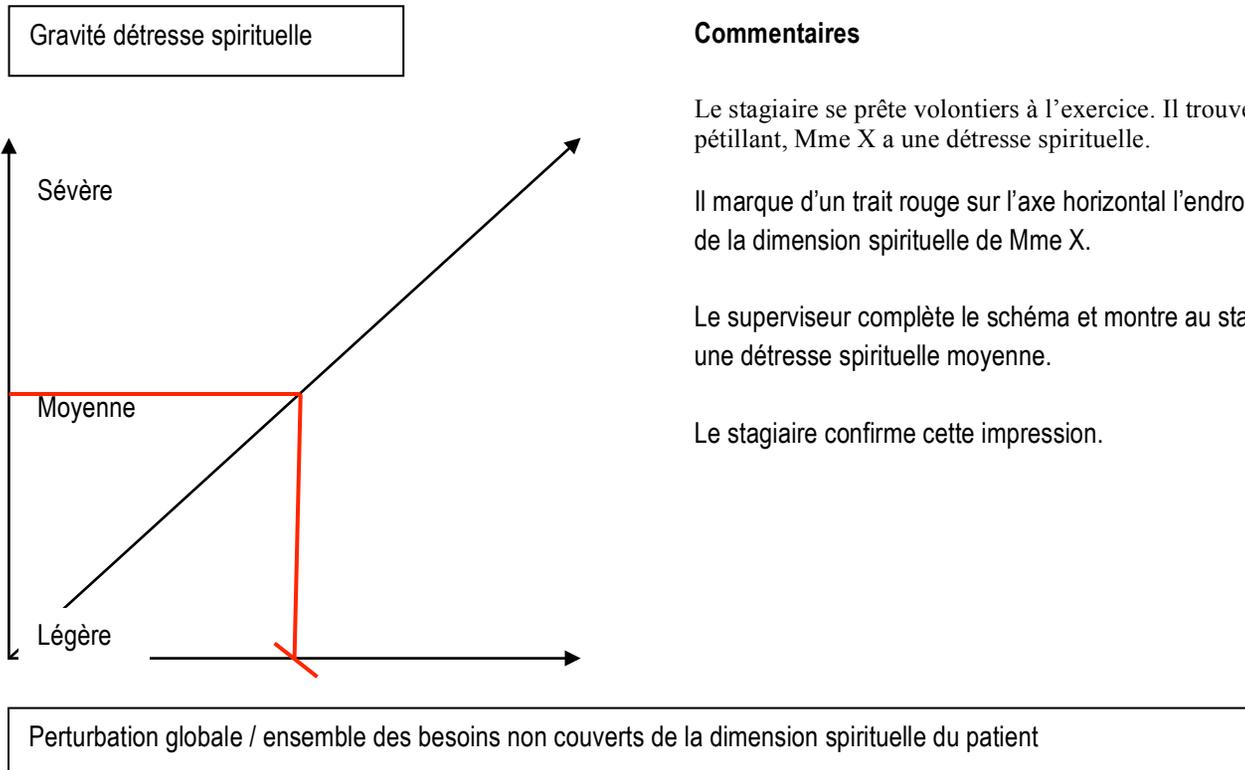
<p>valeurs qui déterminent le bien, le vrai pour la personne ; système manifesté dans les actes et les choix de vie</p>	<p>comprendre et d'être associé aux décisions et aux actions des soignants</p>	<p>sont prises pour elle et si elle a compris quelque chose à ce qu'on lui propose. Pour la première fois, Mme se fâche en disant que les médecins ne sont jamais là, qu'ils sont jeunes et qu'ils ne lui disent rien. Mme poursuit en disant clairement qu'elle ne sait pas pourquoi les médecins lui proposent une opération, ni pourquoi elle doit prendre beaucoup de médicaments. Elle ajoute : « J'ai besoin d'attention. ». Mme déclare encore ne pas avoir d'informations sur son état de santé et que de toute manière : « il n'y a qu'à me laisser mourir ».</p>
<p>Aspects psychosociaux de l'identité Environnement (social, soignant, familial, des proches) qui maintient la singularité de la personne.</p>	<p>- besoin d'être aimé, d'être reconnu, - besoin d'être écouté - besoin d'être relié (en particulier avec sa communauté de foi et les autres) - besoin d'avoir une bonne image de soi - besoin d'être</p>	<p>- Avez-vous des soucis et/ ou des difficultés en rapport avec des membres de votre famille ou en rapport avec des proches ? - Comment vos proches se comportent-ils avec vous ? Est-ce que ces manières d'être rencontrent ce que vous attendez d'eux ? - Vous sentez-vous seul ? - Pouvez-vous me parler de l'image que vous avez de vous-même dans la situation actuelle (maladie, hospitalisation) ? - Si approprié : avez-vous des liens avec votre communauté de Foi ? - Si approprié : avez-vous un sentiment de culpabilité en lien avec votre parcours de vie ?</p> <p>Notes</p> <p>Le stagiaire, reprenant ce qu'il a entendu au CI précédent, demande à Mme X si elle bénéficie encore de liens signifiants. Mme répond : « à mon âge il est normal d'être seule, car tous ceux qui comptaient sont morts. ». Le stagiaire poursuit en demandant si Mme souffre de solitude. Mme ne répond pas à cette question mais raconte son quotidien et l'organisation de sa journée. Mme confirme l'implication de ses voisins et surtout l'importance de sa relation avec son ami. Elle ajoute : « je ne peux pas me laisser mourir car il serait choqué et ne comprendrait pas ; je ne dois pas le laisser comme cela. ».</p> <p>Le stagiaire demande alors si cet ami lui renvoie une image positive d'elle-même malgré ses difficultés. Mme raconte la gentillesse de cet ami, à quel point il tient à</p>

	<p><i>pardonné, réconcilié</i></p> <p><i>d'être</i></p>	<p><i>elle et comment elle ne comprend pas toutes ces marques d'affection ; « je ne sais pas comment il me voit, mais parfois cela me fait peur. ». Le stagiaire demande alors si Mme a peur de le décevoir, surtout si elle « se laisse aller » comme elle semble en avoir l'envie. Mme répond par le récit de la mort de la mère de cet ami, et du choc que ce dernier a ressenti.</i></p> <p><i>Le stagiaire tente alors de savoir si Mme verrait dans l'EMS une possibilité d'avoir plus de contact et d'animation dans sa vie, et le cas échéant si ces contacts et participation éventuelle à ces animations lui renverraient une bonne image d'elle ou conforteraient une image d'elle qu'elle apprécie. Mme répond clairement que non.</i></p>
--	---	--

Tableau n° 11 : Administration du STIV / SDAT, cas de Mme X, recueil d'informations

Temps n°2 : Echelle visuelle de sévérité de la détresse spirituelle

A la sortie de l'entretien, le superviseur demande au stagiaire si, de manière intuitive, il pense que Mme X a une détresse spirituelle et si oui, comment il qualifie la perturbation globale de sa dimension spirituelle.



Temps n°3 : analyse de l'entretien

Cette phase d'analyse se fait dans un dialogue entre le stagiaire et le superviseur. En cas de divergence, le superviseur tranche.

<p>Sens</p> <p>- <i>Comment est-ce que le patient parle de son besoin d'un équilibre global de vie ?</i></p> <p>- <i>L'équilibre global de vie de ce patient est-il perturbé ?⁴² Si oui, l'équilibre global est-il perturbé légèrement, moyennement ou sévèrement ?</i></p> <p>- <i>Le besoin d'un équilibre global de vie est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</i></p>	<p>Eléments d'analyse des perturbations de la sous-dimension du Sens</p> <p><i>Mme indique clairement que son équilibre global de vie ne sera plus jamais le même. Elle donne par ailleurs des indices qu'elle ne peut pas et ne veut pas tenter d'en reconstruire un.</i></p> <p><i>La discussion entre le stagiaire et le superviseur est courte. En effet, le stagiaire peut facilement faire l'hypothèse, à partir des éléments retenus de l'entretien, que la sous-dimension du Sens de Mme X est sévèrement perturbée.</i></p> <p><i>Le superviseur ajoute que les perturbations de l'équilibre global de vie ne seront pas toujours aussi faciles à qualifier et que celles de Mme X, si elles ne sont pas rares, restent exceptionnellement évidentes. C'est état de fait rend l'analyse sans complication.</i></p>
<p>Transcendance</p>	<p>Eléments d'analyse des perturbations de la sous-dimension de la Transcendance</p> <p><i>La discussion entre le stagiaire et le superviseur est assez longue et ardue. En effet, si le stagiaire a pu facilement nommer que l'équilibre global de vie de Mme X est perturbé, ceci sans être particulièrement touché lui-même par un fait qui lui apparaît assez</i></p>

⁴² La nomenclature utilisée dans le stage expérimental de formation au modèle STIV / SDAT reprend le terme de « perturbation » plutôt que ceux de « besoin non couvert ». En effet, lors des premiers jours de travail avec les stagiaires, ces derniers ont marqué une nette préférence pour ce premier terme. C'est pourquoi, malgré le fait que les termes « besoin non couvert » figurent dans le protocole d'administration du SDAT, ils ne seront pas utilisés dans les trois dossiers présentés.

<p>- Comment le patient parle-t-il de son besoin de connexion / de son besoin de lien avec son fondement existentiel ?</p> <p>- Est-ce que le lien avec son fondement existentiel est perturbé ? Si oui, ce lien est-il perturbé légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p> <p>- Le besoin de connexion / de lien avec son fondement existentiel est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p>	<p><i>technique, il doit maintenant reprendre un récit de vie poignant et émouvant. Il est donc assez normal que son premier réflexe soit moins de se mettre à analyser que de vouloir raconter aux autres membres de l'équipe le vécu si souffrant de Mme X. De plus, comme accompagnant spirituel chrétien / aumônier, il est confronté aux errements de représentants de la Foi chrétienne et à une représentation négative de Dieu difficile à admettre pour lui. La représentation du Dieu des chrétiens comme un Dieu qui déçoit, voire qui agit avec perversité est très déstabilisante. Il se pose d'ailleurs la question « comment Dieu pourrait-il devenir une ressource pour Mme ? ».</i></p> <p><i>Le superviseur invite le stagiaire à se recentrer sur l'entretien est sur les observations faites.</i></p> <p><i>Mme indique clairement que sa transcendance ne se rapporte pas à la religion chrétienne.</i></p> <p><i>Mme indique au contraire une foi dans l'Homme et sa capacité à changer/transformer le monde en vue d'un bien plus grand pour tous.</i></p> <p><i>Mme, au moyen de son récit de vie, raconte comment elle a perdu cette foi il y a longtemps déjà.</i></p> <p><i>L'hypothèse est alors élaborée que la sous-dimension de la Transcendance de Mme X est sévèrement perturbée.</i></p> <p><i>Toutefois une discussion a lieu entre le stagiaire et le superviseur car cette perturbation du lien avec le fondement existentiel est présente depuis longtemps et n'est donc pas provoquée par cette hospitalisation. Pourtant, comme cette perturbation a des conséquences sur la prise en charge actuelle, nous allons la signaler et nommer cette antériorité.</i></p>
<p>Valeurs</p>	<p><i>Eléments d'analyse des perturbations de la sous-dimension des Valeurs (1 et 2)</i></p> <p><i>Une discussion a lieu entre le stagiaire et le superviseur pour savoir comment départager, dans une telle analyse, la part objective dans cette sous-dimension et la part subjective.</i></p> <p><i>En effet, le stagiaire dit très spontanément qu'à son avis, la sous-dimension des valeurs</i></p>

<p>- Comment le patient parle-t-il de son besoin de reconnaissance des valeurs, c'est-à-dire que les soignants comprennent ce qui a du poids et/ou de l'importance dans son existence ?</p> <p>- Est-ce que la reconnaissance des valeurs est perturbée ? Si oui, cette reconnaissance est-elle perturbée légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p>	<p><i>est perturbée.</i></p> <p><i>Si l'analyse de V1 (reconnaissance des valeurs) ne lui crée pas de gros souci en raison du fait que Mme X rapporte que tous les membres de la communauté soignante sont gentils, l'analyse de V2 (système de valeurs) provoque de la colère chez le stagiaire en raison de ce qu'il perçoit de la conduite des médecins.</i></p> <p><i>Le superviseur (re)explique au stagiaire que l'analyse de cette sous dimension des valeurs doit tenir compte des éléments pertinents de l'entretien et aussi du contexte (notamment la connaissance du milieu, les buts habituels de la prise en charge dans un service donné (ici de la réadaptation) et le fait que, sauf en cas de stress majeur (manifestation claire de racisme, violence physique et/ou verbale, érotisation des relations, etc.), les acteurs sont généralement socialement adéquats et tentent de maintenir de bons liens avec les patients. En d'autres termes, l'analyse des perturbations relatives aux Valeurs (V1 et V2) doit tenir compte de l'existence d'un système (institution), des agissements des acteurs et du vécu des patients. Cela explique que les évaluations aient lieu après que les patients ont passé quelques jours dans le Service. Les perturbations tiennent donc parfois aux acteurs, au système (porteurs de valeurs et de principes) et aussi aux patients lorsqu'ils refusent l'impact que ce système a sur leur propre système de valeurs (par exemple lorsqu'ils sont opposés à l'utilisation de médicaments qui ne sont pas naturels (plantes, etc.)).</i></p> <p><i>Mme indique que les soignants et les médecins sont socialement adéquats, mais que seul ce que son corps révèle (dit), médié par des instruments plus ou moins sophistiqués, est entendu par la communauté soignante.</i></p> <p><i>Devant l'embarras du stagiaire, le superviseur lui demande s'il y a des éléments dans l'histoire de vie de la personne qui, s'ils restent ignorés des soignants et des médecins vont poser des difficultés à court et moyen termes dans la prise en charge.</i></p> <p><i>Le stagiaire nomme alors trois éléments :</i></p> <p><i>1. Le récit de vie de Mme n'est pas écouté.</i></p> <p><i>Le superviseur rend conscient le stagiaire qu'effectivement, le fait que le récit de vie de Mme ne soit pas écouté a pour conséquence que les choses qui lui apparaissent déterminantes (par exemple le désir de mort) pour bien la considérer et la soigner ne sont</i></p>
---	---

<p>- <i>Le besoin de reconnaissance des valeurs est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</i></p>	<p><i>pas connues et donc ne pèsent pas dans la prise en charge.</i></p> <p><i>2. Les douleurs de Mme X ne sont ni récentes ni uniquement d'origine somatique. Le superviseur rend conscient le stagiaire qu'effectivement, les douleurs de Mme font partie de son histoire et sont très étroitement liées avec ses souffrances. En méconnaissant cela, les médecins et les soignants prennent le risque d'un échec thérapeutique.</i></p> <p><i>3. Le lien avec son ami / filleul lui donne un rôle important dans sa vie. Le superviseur rend conscient le stagiaire qu'effectivement, les loyautés fortes envers son ami vont peser dans toutes les discussions à propos des décisions importantes quant l'avenir de Mme X.</i></p> <p><i>Si le stagiaire reconnaît qu'il existe une perturbation sur VI, il est embarrassé pour qualifier la sévérité de la perturbation. En effet, lors des discussions informelles avec les soignants (notamment l'infirmière cheffe de service (ICUS)), il lui a semblé que les soignants et les médecins connaissaient l'histoire de vie de Mme et même son désir de mort.</i></p> <p><i>Le superviseur félicite le stagiaire de se remémorer ce fait. Il rappelle que souvent les soignants connaissent des aspects de ce qui est important pour les patients, mais que les médecins les connaissent moins du fait de leurs priorités, et que le type de communication que le système induit ne favorise pas l'échange de ce type d'informations. En d'autres termes, il se peut que les informations soient connues, mais que les acteurs ne les partagent pas et qu'ils ne sachent pas ce qu'il faut en faire dans la prise en charge.</i></p> <p><i>Après discussion, tenant compte du fait que Mme X ne nomme pas un inconfort majeur sur cet aspect de l'évaluation, que les soignants ont connaissance de deux des éléments déterminants, le stagiaire et le superviseur décident d'une perturbation moyenne sur VI.</i></p>
<p>- <i>Comment le patient parle-t-il de son besoin de comprendre et d'être associé aux décisions et aux actions des soignants ?</i></p>	<p><i>Après l'analyse de VI, le stagiaire peine à nommer des éléments pertinents de l'entretien pour analyser V2. Le superviseur l'invite à revenir à la définition et au besoin associé.</i></p> <p><i>Le stagiaire prend conscience que la porte d'entrée pour analyser cette partie n'est pas le</i></p>

<p>- Est-ce que le système de valeurs est perturbé ? Si oui, ce système de valeurs est-il perturbé légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p> <p>- Le besoin de comprendre et d'être associé aux décisions et aux actions des soignants / de maintenir un contrôle est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p>	<p>projet thérapeutique car Mme dit qu'« il n'y a qu'à la laisser mourir » et elle ne va donc pas se plaindre de pas être associée à des décisions ou de ne pas comprendre des actions qu'elles refusent par principe.</p> <p>Le superviseur demande au stagiaire s'il peut énoncer le conflit de valeurs que Mme nomme. Le stagiaire conclut à un conflit entre une valeur d'efficacité et celle de compassion. Le superviseur approuve ces termes et explique au stagiaire que ce conflit de valeurs est une des origines des difficultés dans le dialogue avec Mme X à propos de sa prise en soins.</p> <p>L'échange entre le superviseur et le stagiaire aboutit à l'hypothèse d'une perturbation moyenne sur V2. Cette décision est motivée par le fait que la discussion sur le projet thérapeutique de Mme X n'est pas bloquée, et que Mme manifeste une forme d'ambivalence qui atténue l'intensité et l'importance du conflit de valeurs.</p> <p>Cette partie de l'analyse se termine sur une question très intéressante du stagiaire sur la possibilité pour les médecins d'élaborer un projet thérapeutique basé sur la compassion. Le superviseur propose au stagiaire de garder cette question pour le temps d'élaboration des recommandations.</p>
<p>Aspects psycho-sociaux de l'identité</p>	<p>Eléments d'analyse des perturbations de la sous-dimension des Aspects psycho-sociaux de l'identité</p> <p>Le superviseur réexplique au stagiaire que les besoins listés sont comme des conditions pour que la singularité de quelqu'un ait une chance d'être maintenue. Par ailleurs, la découverte d'une souffrance psycho-sociale n'est pas le but premier de cette analyse, mais un indicateur d'une possible perturbation. Favoriser l'expression de cette souffrance (par exemples accueillir les émotions, accompagner un deuil, etc.) est important de même que la mise en place d'un soutien approprié. Mais le but de l'analyse doit rester le fait de déterminer s'il existe une perturbation touchant le maintien d'une singularité.</p>

<p>- Comment le patient parle-t-il de son besoin de maintenir sa singularité / son identité ?</p> <p>- Cette singularité / cette identité est-elle perturbée ? si oui, sa singularité / son identité est-elle perturbée légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p> <p>- Le besoin de maintenir sa singularité / son identité est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p>	<p><i>Le stagiaire relève que Mme met beaucoup d'énergie à raconter son histoire de vie et à répondre aux questions en racontant ce qui lui est arrivé au cours de sa vie. Le stagiaire a de la difficulté à discerner si ces récits peuvent aider à déceler une perturbation.</i></p> <p><i>Le superviseur lui propose de revenir aux divers aspects psycho-sociaux à évaluer et à faire une hypothèse.</i></p> <p><i>Le stagiaire fait alors les constats suivants :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme manque d'écoute et d'amour, - Mme manque de liens signifiants (une seule relation), les autres sont morts (notamment un mari avec lequel elle a vécu de très beaux liens) - Les liens des deux communautés (voisins et soignants) sont aidants mais non signifiants. - Mme ne dit rien d'elle aujourd'hui, par exemple si les limitations auxquelles elle fait face la dévalorisent. <p><i>Le stagiaire formule l'hypothèse que les nombreux récits de Mme la font exister dans le passé et qu'il lui est difficile / impossible de parler d'elle aujourd'hui, et donc qu'elle n'aime pas / plus son image aujourd'hui. Cette hypothèse est étayée par le fait que Mme se trouve trop considérée par ceux qui lui sont le plus proches, notamment son ami. De même le fait que Mme ne voit pas / plus d'avenir pour elle (par exemple ce qu'elle dit d'une possible vie en EMS) autorise aussi à formuler cette hypothèse.</i></p> <p><i>Le stagiaire reformule son analyse avec deux éléments pertinents :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - dans cette hospitalisation rien n'est fait pour maintenir la singularité de Mme X. - son seul proche et lien signifiant lui renvoie l'image de quelqu'un de très important, de fort et elle a l'impression de ne pas / plus pouvoir assumer cette image et cela l'inquiète au moment où elle a l'impression d'entamer « les derniers kilomètres de sa vie ». - le monde actuel n'est plus un monde dans lequel Mme peut / veut se projeter. <p><i>Le stagiaire en conclut que cette sous-dimension est sévèrement perturbée dans ce moment.</i></p>
--	---

	<i>Le superviseur approuve cette conclusion et félicite le stagiaire pour sa perspicacité et sa compréhension fine de cette sous-dimension.</i>
--	---

Tableau n° 12 : Administration du STIV / SDAT, cas de Mme X, analyse de l'entretien

Temps n°4 : Gravité des perturbations / des besoins non couverts :

<i>Perturbation / degré de non couverture du besoin</i>	<i>Sans perturbation / Besoin couvert</i>	<i>Perturbation légère / Besoin légèrement non couvert</i>	<i>Perturbation moyenne / Besoin moyennement non couvert</i>	<i>Perturbation sévère / Besoin sévèrement non couvert</i>
<i>Perturbation sur la sous- dimension du sens / Besoins reliés à la sous- dimension du sens</i>				X
<i>Perturbation sur la sous- dimension de la transcendance / Besoins reliés à la sous- dimension de la transcendance</i>				<i>X Même si pas relié à cette hospitalisation directement.</i>
<i>Perturbation sur la sous- dimension des valeurs 1 / Besoins reliés à la sous- dimension des valeurs 1</i>			X	

<i>Perturbation sur la sous-dimension des valeurs 2 / Besoins reliés à la sous-dimension des valeurs 2</i>			X	
<i>Perturbation sur la sous-dimension des aspects psycho-sociaux de l'identité / Besoins reliés des aspects psycho-sociaux de l'identité</i>				X

Tableau n° 13 : Administration du STIV / SDAT, cas de Mme X, récapitulatifs des perturbations

La conclusion de l'analyse est que Mme X a une détresse spirituelle sévère.⁴³

Le stagiaire est surpris de la différence entre son intuition (cf. ci-dessus temps n°2) mais il comprend et est d'accord avec le résultat de l'analyse.

Temps n°5 : profil et (si possible) dynamique de la dimension spirituelle

Sur quelle sous-dimension le patient est-il centré et comment est la dynamique de sa dimension spirituelle :

S T V

(entourer la lettre et mettre les flèches indiquant la dynamique)

⁴³ Lors de l'utilisation du STIV / SDAT en recherche, un score est établi en utilisant une échelle de Lickert allant de 0 (pas de perturbation) à 3 (perturbation sévère). Le cut off est fixé à 5 (Monod 2012). Mais, en clinique, une fois l'analyse et le raisonnement clinique effectué, une certaine marge d'appréciation est laissée pour qualifier le niveau de détresse spirituelle. Cette dernière, lorsqu'elle est diagnostiquée, varie alors de légère à sévère, avec parfois des entre-deux (cf. infra, cas de M Y)

Comme dans les exercices d'évaluation précédents. Il semble naturel au stagiaire de considérer que le Sens est la sous dimension principale. Le superviseur réexplique au stagiaire que les définitions de la spiritualité dans le monde biomédical et soignant sont centrées sur le Sens, déterminant ainsi un profil unique.

Reprenant l'ensemble de l'entretien et de l'analyse, le stagiaire hésite entre les trois sous-dimensions considérées pour établir le profil. Il n'a pas encore toutes les connaissances nécessaires pour le faire. Le superviseur l'invite à se replonger dans l'entretien et de « sentir » sur quelle sous-dimension Mme X était centrée, ou elle mettait son focus.

Le stagiaire décide de passer en revue les trois sous-dimensions. Il constate rapidement que Mme n'est effectivement pas focalisée sur le Sens, (par exemple, il réalise que son désir de mort n'est pas (encore ?) un projet susceptible d'être un élément clef d'un équilibre global de vie avec la mort pour unique projet). L'énergie n'est pas sur le fait de reconstruire un équilibre global de vie.

Il se demande si la Transcendance qui a occupé une telle place « en creux » dans la vie de Mme n'est pas le centre de sa dimension spirituelle. Pourtant le stagiaire prend rapidement conscience que si T est un lieu de souffrance spirituelle dans son récit, ce n'est pas cette sous-dimension qui est la plus investie en ce moment. Mme a appris à vivre avec cette absence / ce vide, mais elle n'investit plus dans cette sous dimension.

Le stagiaire prend alors conscience que Mme investit le plus la sous-dimension des Valeurs, et que son profil peut donc être représenté par :

S T V

Le superviseur réexplique au stagiaire qu'un profil de ce type a pour conséquence que la personne décide très peu par elle-même, mais ou s'oppose ou ne s'oppose pas aux propositions des soignants. Les discussions sur les traitements et sur l'avenir sont donc beaucoup plus complexes.

Puis le stagiaire réfléchit s'il est possible de symboliser par des flèches la dynamique de cette dimension spirituelle.

Devant la perplexité du stagiaire, le superviseur lui rappelle que cela n'est pas toujours possible et que lorsqu'aucune flèche n'est posée, alors la détresse spirituelle est d'autant plus grande. Suite à ces explications, le stagiaire conclut au fait qu'aucune dynamique n'est présente dans la dimension spirituelle de Mme. Les sous-dimensions sont clivées, sans lien les unes avec les autres.

Temps n°6 : élaboration des recommandations

Les recommandations de type 1 et 2 ont pour but de contribuer au rétablissement du patient par une amélioration de sa dimension spirituelle.

Recommandation de type 1

Définition : Le premier type de recommandation propose un faire / une action en vue de couvrir un besoin non-couvert ou de réduire une perturbation sur l'une des sous dimensions de la dimension spirituelle, c'est la manière dont le modèle met de la « spiritualité dans les soins ».⁴⁴

Recommandation de type 1 pour Mme X :

Après discussion, le stagiaire prend conscience que :

- le profil de Mme X et l'absence de toute dynamique dans sa dimension spirituelle font qu'il n'y a pas, actuellement, de recommandation de type 1 à formuler. En effet, l'analyse de la dimension spirituelle de Mme X montre que toute recommandation de type 1, en lien avec l'expérience de refus à laquelle les soignants sont confrontés, pourrait avoir des conséquences délétères sur Mme X et risquerait aussi de briser l'alliance difficilement construite.

⁴⁴ Comme il s'agit d'un dossier d'apprentissage pour l'utilisation du modèle STIV / SDAT, les explications sont répétées, et comme ces présentations sont des facs simulés des dossiers des étudiants, ces explications apparaîtront dans les trois présentations.

- l'expérience spirituelle que Mme X vit actuellement en est une qui peut être qualifiée de majeure (en termes de changement et de transformation de vie). Si Mme X doit certainement être accompagnée au plan humain (présence, écoute), il n'est sans doute pas souhaitable de tenter d'influer sur le cours de cette expérience (vouloir vivre plutôt que vouloir mourir).
- il n'est pas question de « psychologiser » cette dimension spirituelle (même si l'expérience vécue a des conséquences psychosociales importantes et que Mme X vit une certaine souffrance de ce point de vue).

Recommandation de type 2

Définition : Le deuxième type de recommandation propose un faire / une action sur des déterminants de la spiritualité qui sont extérieurs au patient (relation à la famille, etc.). C'est-à-dire par un moyen autre que le travail sur le corps (dimension somatique) et permettant de mobiliser les deux autres dimensions psychologique et sociale.

Recommandation de type 2 pour Mme X :

Le stagiaire propose logiquement des temps d'écoute centrée sur la personne, dans le but d'accompagner Mme X.

Le superviseur lui suggère d'ajouter trois précisions. Premièrement un rappel touchant la gestion du temps dans la communication : « c'est l'aidant qui cadre le temps », c'est-à-dire que c'est la personne qui décide du temps dont elle dispose pour ce moment d'écoute (il est possible de n'avoir que deux ou trois minutes à consacrer à la patiente !). Deuxièmement ces temps d'écoute peuvent être considérés comme des alternatives aux soins corporels de Mme X, plutôt que de la laisser lorsqu'elle les refuse. Troisièmement, les membres de l'équipe soignante doivent prendre conscience que ces moments d'écoute n'auront pas d'« effet retard », comme par exemple amener Mme X à une meilleure adhésion aux divers traitements.

Le stagiaire demande si les massages sont considérés comme un travail sur le corps. Le superviseur précise que ce qui est entendu par cette expression se limite à la prise en charge biomédicale du corps et ne comprend pas un accompagnement par le toucher qui peut s'avérer très bénéfique.

Recommandation de type 3

Définition : *Le troisième type de recommandation est différent des deux premiers. Ce type de recommandation propose un faire / une action centrée non sur le patient, mais sur la prise en charge / le projet thérapeutique du patient et les acteurs qui la/le définissent et la/le mettent en œuvre. Son but est de conserver au patient une autonomie comprise dans un sens particulier, dans ce contexte une sorte de droit à vivre une expérience de changement ou de transformation souvent difficile mais nécessaire à la suite de sa vie. En d'autres termes, les recommandations de ce troisième type vise à mettre en question (en crise ?) le plan de soins / le projet thérapeutique déterminé et agit par l'équipe.*

Recommandations de type 3 pour Mme X :

Le stagiaire est d'accord avec le superviseur pour dire que ce troisième type de recommandation est parfaitement adapté au vécu actuel de Mme X. Le stagiaire et le superviseur réfléchissent comment formuler ces recommandations de manière à changer le projet thérapeutique de Mme X. Le superviseur précise à nouveau au stagiaire qu'il ne s'agit pas de prendre le pouvoir dans la prise en charge, ni d'expliquer aux acteurs de soins pourquoi ils ont tort de faire ce qu'ils font, mais bien de faire se déplacer les acteurs de soins et les inviter à repenser le projet thérapeutique.

Enfin le superviseur accepte que le stagiaire propose les formulations suivantes :

- que l'équipe décide d'une limite au-delà de laquelle elle considérera les propositions de soins curatifs à Mme X comme « futiles » et initiera clairement une prise en charge palliative et de confort. Les accompagnements spirituels / les aumôniers se positionnent et proposent que ce changement soit immédiat.*
- qu'une rencontre formelle soit organisée avec l'ami de Mme X de manière à ce qu'il puisse exprimer clairement devant elle et devant la communauté soignante qu'il accepte que Mme X ne prolonge pas sa vie, et qu'il ne lui en voudra pas si elle meurt.*
- que l'attitude soit clairement exposée à Mme X en fonction de l'évolution possible de sa/ses pathologie-s (notamment en cas de septicémie), et qu'il lui soit dit à chaque fois que les interventions faites ne prolongent pas sa vie.*

Le stagiaire reprend sa question sur des soins agit par une valeur de compassion et nomme sa satisfaction de constater que les recommandations vont, pour lui, dans ce sens.

Synthèse communiquée au cours du colloque par le stagiaire

Le stagiaire s'exprime (selon l'ordre prévu) après l'ergothérapeute. Le superviseur lui a recommandé, à ce stade de son expérience, de ne pas faire de digression ou de commentaire, mais de lire lentement la synthèse de l'évaluation :

Point 1 : Première évaluation, entretien de 35 minutes, l'alliance est bonne

Point 2 : L'évaluation par le SDAT montre que :

- La sous-dimension du Sens est sévèrement perturbée,
- La sous-dimension de la Transcendance est sévèrement perturbée,
- La sous-dimension des Valeurs (V1 et V2) est moyennement perturbée,
- La sous-dimension des aspects psycho-sociaux de l'identité est sévèrement perturbée.

Mme X a une détresse spirituelle sévère.

Point 3 : Le profil est centré sur les Valeurs. Cela explique en partie pourquoi Mme X est difficile à prendre en charge. Ce type de profil, associé au type de dynamique de sa dimension spirituelle et à la sévérité de la détresse spirituelle, est prédictif d'une sérieuse difficulté à exprimer une volonté claire quant à l'avenir. En d'autres termes il faut considérer que Mme X dira un « oui » lorsqu'elle ne s'opposera pas au projet élaboré.

Point 4 : Les recommandations sont les suivantes :

- Que Mme X bénéficie de temps d'écoute centrée sur la personne, dans le but d'accompagner Mme X dans son vécu actuel (faire du épauler à épauler sur le chemin). Attention trois précisions concernant ces temps d'écoute. Premièrement un rappel touchant la gestion du temps dans la communication : c'est l'aidant qui cadre le temps, c'est-à-dire que c'est la personne qui décide du temps dont elle

dispose pour ce moment d'écoute (il est possible de n'avoir que deux ou trois minutes à consacrer à la patiente !). Deuxièmement ces temps d'écoute peuvent être considérés comme des alternatives aux soins corporels de Mme X, plutôt que de la laisser lorsqu'elle les refuse. Troisièmement, les conclusions de l'évaluation de la dimension spirituelle de Mme X amènent à dire que les membres de l'équipe soignante doivent prendre conscience que ces moments n'auront pas d' « effet retard », comme par exemple amener Mme X à une meilleure adhésion au traitement.

- que l'équipe décide d'une limite au-delà de laquelle elle considérera les propositions de soins curatifs à Mme X comme « futiles » et initiera clairement une prise en charge palliative et de confort. Les accompagnants spirituels / les aumôniers se positionnent et proposent que ce changement soit immédiat.

- qu'une rencontre formelle soit organisée avec l'ami de Mme X de manière à ce qu'il puisse exprimer clairement devant elle et devant la communauté soignante qu'il accepte que Mme X ne prolonge pas sa vie, et qu'il ne lui en voudra pas si elle meurt.

- que l'attitude soit clairement exposée à Mme X en fonction de l'évolution possible de sa/ses pathologie-s (notamment en cas de septicémie), et qu'il lui soit dit à chaque fois que les interventions faites ne prolongent pas sa vie.

Observations de l'aumônier praticien chercheur suite à l'énoncé des recommandations

Comme prévu dans le protocole n°1, le superviseur se place dans un coin de la salle d'où il peut facilement observer les attitudes des acteurs et entendre leurs réactions. Les membres du CI ont l'habitude des observateurs car le professeur B, chef de Service, et d'autres cadres se mettent régulièrement à cette place pour assister au déroulement de tout ou partie du colloque.

Observation n°1

Pendant la lecture de la synthèse par le stagiaire, le chef de clinique (CDC), le physiothérapeute et l'ergothérapeute prennent des notes sur leur papier. Le médecin assistant, l'infirmière et l'infirmière de liaison (IDL) ne notent rien, ils ne semblent pas concernés.

Observation n° 2

Une fois les recommandations énoncées, le CDC relève la tête et, sans passer la parole à l'IDL dont c'est normalement le tour de s'exprimer, il dit avec un ton de voix qui trahit un peu d'énervement : « nous n'avons pas le temps d'attendre qu'un éventuel traitement contre la dépression fasse son effet (15 jours) et rende peut-être Mme X plus consciente des soins qu'elle nécessite, d'autant plus qu'il n'est pas certain qu'elle accepte de prendre ces médicaments ... c'est vraiment une situation difficile. ». Le CDC reste pensif. A ce moment le physiothérapeute intervient pour demander si l'aumônier ne peut pas faire changer Mme X d'avis quant à l'acceptation de la prise en charge car elle a encore un potentiel de récupération. Avec quelques efforts et du temps, elle pourrait soit rentrer chez elle soit au moins avoir un peu de mobilité pour être le mieux possible en EMS. L'infirmière intervient à son tour pour exprimer que l'équipe des soins pense que Mme ne fait pas de progrès et qu'elle n'aura pas les capacités de faire plus. Mme parle souvent de la mort et refuse régulièrement soins et médicaments. L'Ergothérapeute renchérit en rapportant que, lors des rares séances où Mme est d'accord de travailler, elle se demande si elle ne devient pas maltraitante tellement Mme a des difficultés et manque de motivation, malgré certaines capacités conservées. Le physiothérapeute ne considère pas les choses de la même manière et pense que si Mme constate des progrès, elle pourrait encore rebondir. Suite à cette remarque, le stagiaire cite deux phrases de Mme X qui vont dans le sens de ses recommandations et dit qu'il n'acceptera pas d'essayer de changer l'attitude de Mme X.

Le CDC annonce finalement qu'il ira revoir Mme X avec M (cadre du Service qui supervise l'étage) dès le lendemain et qu'il donnera des infos à tous suite à cette visite. L'IDL demande alors si elle doit organiser une rencontre avec l'ami de Mme X. Le CDC approuve cette idée et une date est fixée qui sera proposée à l'ami de Mme X.

Evaluation de l'effet des recommandations de type 3 sur le projet thérapeutique de Mme X et discussion

Critère n°1 : les acteurs autres que les médecins présents au CI sortent de leur rôle habituel de simples « pourvoyeurs d'informations » et se donnent la permission d'interpréter les données issues de leur silo disciplinaire

Dans cette situation, l'aumônier praticien chercheur observe que l'ensemble des acteurs partagent leur vision de Mme X et s'expriment sur son devenir possible.

Critère n°2 : des tensions entre les divers acteurs émergent quant à leur vision de la prise en charge et du plan de soins

Dans cette situation, l'aumônier praticien chercheur observe que des visions différentes sont exposées sur le vécu et l'avenir de Mme X et qu'elles font émerger des tensions entre les acteurs, y compris le stagiaire aumônier qui est amené à défendre la position qui soutient ses recommandations et à faire connaître clairement ce qu'il ne fera pas.

Critère n°3 : lors du CI, le chef de clinique ne prend pas de décisions sur l'avenir du patient seulement à partir de sa situation somatique et/ou fonctionnelle

Dans cette situation, l'aumônier praticien chercheur observe que le CDC ne reprend pas directement ni ne discute les recommandations énoncées par le stagiaire. Il commence par reconnaître qu'un traitement contre la dépression risque d'échouer et surtout ne donnera pas de résultat immédiatement exploitable. Il décide finalement de retourner rencontrer Mme X avec un cadre médical. Il accepte de rencontrer l'ami de Mme X, sans préciser le but de cette rencontre.

Discussion

Les recommandations de type 3 énoncées par le stagiaire dans cette situation ont donc eu deux effets. Le premier a été de libérer la parole des autres acteurs et de faire émerger des tensions entre deux visions de la situation de Mme X et de son devenir, même si aucune analyse explicite n'a été énoncée. Le deuxième a été de déplacer (autrement dit, dans cette situation, de modifier son point de vue) le CDC.⁴⁵ En effet, retourner rencontrer Mme X avec son supérieur direct, seulement un jour après que la visite médicale hebdomadaire a eu lieu, est une manière de décider, sans porter toute la responsabilité, qu'il est temps de reconsidérer l'ensemble du projet thérapeutique.

⁴⁵ Cette expression ne signifie pas que le CDC se soit physiquement déplacé, mais exprime soit une manifestation « qu'il se passe quelque chose chez lui » ou encore un changement dans son opinion ou dans la manière de concevoir le plan de soin.

Catamnèse

Lors de la visite du CDC avec le médecin cadre M, Mme retrace clairement sa « fatigue de vivre ». Les médecins changent alors le projet thérapeutique dans le sens où il n'est plus mis de pression sur Mme X pour qu'elle accepte ses traitements et ils renoncent à la consultation psychiatrique. Mme X est informée de ce changement ainsi que du fait que des médicaments plus forts sont à sa disposition pour ses douleurs. Il lui est aussi expliqué que ses médicaments vont la faire dormir beaucoup. Dans les jours qui suivent, Mme X ne mange presque plus et boit très peu. Elle refuse les traitements physiothérapeutiques et ergothérapeutiques, mais accepte les soins pour ses jambes. La rencontre avec son ami a lieu, mais il est incapable de dire clairement son accord au fait qu'elle se laisse mourir. Il l'assure pourtant de son affection « quoi qu'il lui arrive ». Mme X décède dix jours plus tard dans la nuit.

7.2.5. Dossier clinique n° 2 : Monsieur Y, 75 ans

Ce dossier est une retranscription du dossier clinique du stagiaire et de ses notes. Cette évaluation a lieu à la fin du stage et le stagiaire est bien familiarisé avec l'administration du SDAT. Le superviseur a assisté à l'entrevue sans intervenir et a aidé à l'élaboration des recommandations après avoir discuté brièvement les hypothèses sur les perturbations relevées (à l'exception de la sous-dimension des valeurs dont l'analyse était plus complexe). Le stagiaire a rempli le dossier lui-même après l'entretien, y compris l'analyse. Il a décidé de faire figurer quelques questions posées au patient et les réponses obtenues afin d'être capable d'élaborer les recommandations à partir d'un maximum de détail. Cette manière de remplir le dossier, inspiré du verbatim des stages CPT, a été jugée positive par le superviseur dans la mesure où cela a facilité l'élaboration des recommandations. A la relecture, le superviseur était d'accord avec les notes de l'entretien et les conclusions de l'analyse.

Date du CI : XX.09.2012

Informations CI n° 1 après 3 jours d'hospitalisation

Médecin assistant : histoire médicale et diagnostique

M Y est hospitalisé suite à une chute dans les escaliers extérieurs menant à son domicile. Il s'est fracturé le col du fémur et a bénéficié de la pose d'un clou gamma.⁴⁶ Par ailleurs, M Y a une HTA⁴⁷ traitée mais non stabilisée et il souffre d'une sévère dénutrition protéino calorique. M Y sera investigué pour une éventuelle ostéoporose. M Y a déjà été hospitalisé il y a plus de vingt pour une cholécystectomie.

En ce qui concerne la prise en charge médicale, M Y peut sortir de suite car l'ensemble de sa prise en charge pourrait être faite en ambulatoire.

MMS 30/30 **GDS** 1/4⁴⁸

Infirmière de liaison : données sociales et manière de vivre habituelle à domicile (y compris les éventuelles aides)

M Y vit seul, il est veuf depuis 10 ans. Il a deux enfants. Il dit avoir une bonne relation avec sa fille et une relation difficile avec son fils sans donner d'explication. Pas de petits enfants. M Y était fonctionnaire dans l'administration des impôts. Il a quelques amis avec lesquels il va parfois au café. M Y aime lire et regarder la TV. Il habite un appartement avec huit marches d'accès. M Y n'est pas connu du CMS de son quartier. Il assume encore sa lessive, ses repas et ses finances.

Infirmière : rapport des soignants

M Y mange très peu (env. ¼ de sa portion). M Y se mobilise très peu et reste beaucoup au lit. Il gère ses médicaments. M Y dit ne pas avoir de douleur au repos, et des douleurs à 2/10 à la mobilisation. Il fait sans trop de difficulté sa toilette et progresse déjà après trois jours.

La relation avec M Y est particulière dans le sens où M Y ne semble pas vraiment concerné par sa réadaptation. Par contre il fait les choses lorsqu'on lui dit de les faire, comme par exemple faire sa toilette ou aller prendre son repas.

Physiothérapeute et ergothérapeute

⁴⁶ Le clou gamma est une pièce d'ostéosynthèse utilisée dans certaines fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

⁴⁷ Hypertension artérielle

⁴⁸ Un GDS à ¼ signifie que l'équipe va être attentive à la thymie de Monsieur, c'est-à-dire à d'éventuels signes de dépression.

M Y a un bon potentiel de réadaptation, mais il est actuellement limité par un manque de force dû à sa dénutrition. Il ne se plaint pas de douleur au repos, mais dit avoir des douleurs à 3/10 à la mobilisation. M Y participe volontiers aux séances sans pour autant montrer de motivation particulière.

Les objectifs sont 1. faire baisser ses douleurs à 2/10 à la mobilisation ; 2. lui faire reprendre des forces ; 3. lui faire retrouver un périmètre de marche de 500 mètres ; 4. lui faire exécuter ses transferts en sécurité ; 5. lui faire faire sa toilette et 6. évaluer les capacités de M Y à faire des repas qui couvrent ses besoins en calories.

Accompagnant spirituel / aumônier

Pas encore rencontré

Infirmière de liaison : souhait du patient pour l'hospitalisation et la sortie

M Y veut rentrer chez lui dès que possible.

Cheffe de clinique (CDC : médecin responsable de l'étage) de l'ensemble des patients de l'étage : commentaire et synthèse

La CDC semble un peu inquiète au moment de cette première synthèse. Elle se demande si M Y n'est pas sur une pente descendante depuis plusieurs semaines, ce qui expliquerait sa dénutrition et peut-être sa chute. A la visite, elle a aussi remarqué le côté non concerné de M Y.

Elle va demander une consultation du diététicien du Service et, en attendant, lui prescrire des compléments alimentaires. Comme il accepte les traitements, cela devrait aller mieux. Il faudra bien préparer sa sortie afin d'inverser cette tendance baissière.

Répondant à une question du superviseur, la CDC ajoute qu'au vu des antécédents du patient, il a été décidé qu'il bénéficierait d'une attitude de réanimation A (transfert aux soins intensifs).

Date probable de fin de réadaptation

Deux semaines de réadaptation sont prévues

Souhait du patient

Retour à domicile (RAD)

Destination probable

RAD

Informations CI n° 2 : après 10 jours d'hospitalisation

CDC : introduction

Nous parlons de M Y, hospitalisé depuis 10 jours suite à la pose d'un clou gamma.

Médecin assistant : prise en charge médicale

HTA stabilisée par une bithérapie bien tolérée jusque là. M Y prend bien ses médicaments. M Y prend aussi ses suppléments nutritifs plus les collations prescrites par le diététicien et son poids a légèrement augmenté.

En ce qui concerne la prise en charge médicale : M Y peut sortir de suite.

Infirmière : rapport des soignants

M Y progresse. Il est toujours collaborant, même s'il reste toujours beaucoup au lit malgré les stimulations et remarques de l'équipe. M Y prend toujours aussi peu d'initiative. M Y a pris 1200g depuis son arrivée. L'équipe pense que la réadaptation de M Y devrait être prolongée afin d'atteindre les objectifs fixés.

Pour l'équipe infirmière M Y ne peut pas sortir à la date prévue.

Physiothérapeute et ergothérapeute

M Y n'a plus de douleur et ses capacités fonctionnelles s'améliorent. La préparation des repas est plus difficile et il lui a été proposé de recevoir des repas à domicile qu'il pourra réchauffer. M Y a déclaré qu'il réfléchirait à cette proposition. Les objectifs ne seront pas atteints à la date prévue et M Y bénéficierait d'une à deux semaines supplémentaires au CUTR avant de rentrer chez lui.

Accompagnant spirituel / aumônier

Le stagiaire et le superviseur ont rencontré M Y la veille.

Ci-dessous les cinq temps de l'administration du SDAT.

Temps n°1 : entretien semi structuré avec le patient

Date évaluation initiale : après 9 jours d'hospitalisation

N° de la semaine de réadaptation : cette évaluation prend place dans la deuxième semaine de réadaptation

Durée entretien : l'entretien a duré 50 minutes

Qualification de l'alliance : très bonne – bonne – moyenne – mauvaise - non construite

Alliance moyenne puis bonne à la fin de l'entretien.

La construction de l'alliance n'a donc pas été facile, j'ai été obligé d'écouter beaucoup, de respecter les silences et d'être patient avant de pouvoir poser des questions dont les réponses donnent des éléments pertinents pour l'évaluation. M Y parle lentement et avec des termes choisis.

Deux choses vont renforcer les liens et faire progresser l'alliance, ma capacité à faire des reformulations qui ne devancent pas M Y et le fait de parler de Dieu.

M Y est couché sur son lit. Ses habits ne sont pas très propres et très élimés. Il est maigre. Une ancienne bible est posée sur sa table de nuit.

Aspects de structure concept de spiritualité dimension spirituelle	Aspects fonctionnels sphère spirituelle (en relation avec la maladie)	Questions de relance pour l'entretien semi-structuré Informations pertinentes recueillies au cours de l'entretien semi-structuré
sens Equilibre global de		<i>- Votre hospitalisation a-t-elle des répercussions sur votre manière habituelle de vivre ? - Votre hospitalisation a-t-elle des répercussions sur la façon dont vous vivez</i>

<p>vie.</p>	<p>- besoin de reconstruire un équilibre de vie global</p> <p>- besoin d'apprendre un « vivre avec » ... la maladie, le handicap</p>	<p>habituellement ?</p> <p>- Votre équilibre global de vie est-il perturbé par ce qui vous arrive maintenant (hospitalisation, maladie) ?</p> <p>- Avez-vous des difficultés à faire face à ce qui vous arrive maintenant (hospitalisation, maladie) ?</p> <p>Notes</p> <p><i>M Y dit que cette chute aura des conséquences sur sa vie, mais que cela n'est pas grave car il est à la retraite et a le temps pour se remettre le mieux possible.</i></p> <p><i>Il déclare que même s'il n'est plus aussi mobile qu'avant, il va faire avec.</i></p> <p><i>Il ajoute : « Ce qui sera le plus long, cela sera de refaire les escaliers. J'en ai huit à monter avant d'être chez moi. Ce qui compte, c'est que je puisse rentrer ».</i></p> <p><i>M dit que sa vie et ses journées ne sont pas compliquées. Il trouve qu'il vit normalement pour son âge. Quelques pas dehors une fois par jour, de la lecture, la TV, des temps de prières et la rencontre de quelques amis de temps à autres.</i></p> <p><i>Il ajoute : « A mon âge, je n'ai plus de grand projet ! ».</i></p> <p><i>Comme l'alliance est meilleure, je décide de le confronter : « à votre âge, il y a des personnes qui font du ski ou du parachutisme ... ».</i></p> <p><i>M Y s'anime et explique que pour lui, ces activités sont de l'agitation et que lui a opté pour une vie qui ressemble plus à celle d'un moine, simple et sans trop de superflu. Je n'aime pas les voyages et je trouve que ce monde va « de plus en plus vite on ne sait pas où ! ». Il ajoute : « connaissez-vous le livre dont le titre est : « le voyage immobile » ? ».</i></p> <p><i>M Y n'attend pas de réponse et semble lire sur mon visage que son message est passé.</i></p>
-------------	--	---

<p>transcendance Fondement extérieur à la personne et qui l'enracine.</p>	<p>- besoin d'être en lien avec son fondement existentiel</p>	<p>- Avez-vous une religion, une foi particulière ou une spiritualité ? - Ce qui se passe pour vous maintenant a-t-il changé votre relation à Dieu (plus proche de Dieu, Dieu plus lointain, pas de changement) / a-t-il changé quelque chose dans votre spiritualité ? - Votre religion / votre spiritualité est-elle ébranlée / mise en question par ce qui vous arrive maintenant ? - Est-ce que ce qui vous arrive maintenant perturbe / modifie la façon dont vous vivez ou exprimez votre foi / votre spiritualité / votre religion ?</p> <p>Notes</p> <p>Les propos de M Y, et sa Bible posée sur la table de nuit me donne l'occasion de lui poser des questions sur sa Foi. Les yeux de M Y s'éclairent et il devient plus bavard.</p> <p>Il explique que c'est sa grand-mère qui lui a transmis la Foi. Il ajoute : « comme j'ai perdu ma mère jeune et que mon père travaillait beaucoup à la ferme, c'est elle qui s'est occupée de moi. Elle me racontait les histoires de la Bible et m'a appris à prier. ».</p> <p>M Y raconte des aspects touchants de sa vie de Foi :</p> <p>- « Dieu fait partie de mon quotidien. Depuis que je suis veuf, cette relation a pris de l'importance. Je dirais qu'elle est centrale dans ma vie. - Je prie beaucoup, tout le temps en fait ; pour mes enfants, pour des gens que je rencontre à l'Eglise, pour notre monde. - J'ai une foi simple, Dieu m'accompagne dans ma vie et ma vie se fait avec Dieu. Je suis confiant car Dieu est présent dans les bons moments et, comme maintenant, dans les moments plus difficiles. - Quand le temps sera venu, j'irai vers Dieu, tout simplement, et je retrouverai</p>
--	---	---

	<p>- besoin de beau</p>	<p><i>mes parents et ma femme.</i></p> <p><i>- Parfois je me dis que je suis comme un vieux moine contemplatif. ».</i></p> <p><i>Je lui demande comment il vit cette pratique de Foi ici à l'hôpital.</i></p> <p><i>Il répond qu'à l'hôpital, c'est plus compliqué car il est beaucoup dérangé et à de la peine à prier. Il ajoute : « J'ai de la peine à me concentrer à cause des médicaments et de la narcose je pense ». Il dit encore : « une partie de l'harmonie de ma vie est partie ».</i></p> <p><i>Il conclut : « Même si parfois je doute, je me persuade que dès mon retour, tout sera comme avant ».</i></p> <p><i>A ma question : « qu'est-ce que je peux mettre dans ma prière pour vous ? ». M Y répond d'abord qu'il ne demande jamais rien d'explicite dans ses prières, il prononce des noms et raconte à Dieu le vécu réel ou supposé des personnes.</i></p> <p><i>Je repose ma question en expliquant que moi, je demande explicitement que Dieu intervienne. M Y dit alors qu'il souhaite retrouver le même lien avec Dieu qu'avant sa chute et son opération.</i></p> <p><i>M Y refuse par contre que je prie vers lui.</i></p> <p><i>J'explore avec lui le terme qu'il a nommé, celui de « contemplatif ».</i></p> <p><i>M Y parle d'un Dieu présent partout et raconte comment il peut passer des moments spirituels intenses en contemplant des photos de nature ou en écoutant de la musique. A l'hôpital ces moments lui manquent beaucoup.</i></p> <p><i>Devant de telles déclarations, et pensant à ce détachement dont ont parlé les</i></p>
--	-------------------------	--

		<p><i>soignants, je lui demande si vivre ici ou être auprès de Dieu lui est égal. M Y prend du temps pour répondre.</i></p> <p><i>Il dit : « Parfois je me dis que Dieu tarde à me reprendre, mais il doit avoir ses raisons. Parfois je suis sur mon lit et je me dis cette fois, je pars ! ».</i></p> <p><i>Il ajoute : « même si je trouve ce monde complètement fou, je l'aime en Dieu. Donc j'attends Sa décision ».</i></p>
<p>valeurs</p> <p><i>VI : ce qui a de l'importance /du poids dans la vie de la personne</i></p>	<p>Besoin de reconnaissance des valeurs</p> <p><i>VI - besoin que les soignants connaissent ce qui a de la valeur, du poids chez la personne</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pensez-vous que les soignants qui s'occupent de vous vous connaissent suffisamment bien pour bien vous soigner ?</i> - <i>Avez-vous suffisamment d'information au sujet de votre problème de santé et sur les objectifs / les buts de votre hospitalisation et sur votre traitement ?</i> - <i>Avez-vous le sentiment / l'impression de participer aux décisions prises à propos de vos soins / de vos traitements ?</i> - <i>Comment décririez-vous votre relation avec les médecins et les autres professionnels de la santé?</i> <p>Notes</p> <p><i>Je demande à M Y s'il a l'impression que les soignants et les médecins se sont intéressés à lui, à son histoire de vie, à sa vie de Foi ? Est-ce qu'il a pu leur parler de sa vie de Foi ?</i></p> <p><i>M Y dit qu'il ne veut pas : « effrayer ces jeunes gens » avec son histoire. Il pense qu'ils auraient du mal à comprendre et le prendraient sans doute pour une sorte de fou.</i></p> <p><i>M ajoute avec un peu de vigueur : « de toute manière ce n'est pas leur travail et puis c'est ma vie privée ».</i></p>

<p><i>V2 : système de valeurs qui déterminent le bien, le vrai pour la personne ; système manifesté dans les actes et les choix de</i></p>	<p><i>Besoin de maintenir un contrôle</i></p> <p><i>V2 - besoin de comprendre et d'être associé aux décisions et aux actions des soignants</i></p>	<p><i>Malgré cette réponse, je repose ma question : « vous ne verriez aucun bénéfice à ce que les soignants et les médecins en sachent plus sur vous, notamment sur votre philosophie de vie ? ».</i></p> <p><i>La réponse est claire : « non ».</i></p> <p><i>Après un silence assez long, je me risque à la reformulation suivante : « d'habitude les personnes que vous côtoyez ne comprennent pas votre manière de vivre et vous avez une certaine crainte que cela se reproduise ici. ».</i></p> <p><i>La réponse vient rapidement : « exactement et je ne veux pas prendre le risque d'être considéré comme fou et qu'il me garde ».</i></p> <p><i>Je reprends : « votre réserve envers les soignants et les médecins vient de votre crainte de leur pouvoir de vous garder ici contre votre gré ? ». Il s'ensuit un long récit où l'un de ses collègues de travail a vécu une histoire d'enfermement contre sa volonté dans un hôpital psychiatrique.</i></p> <p><i>Je dis à M Y que je comprends sa peur et sa décision d'être discret sur sa manière de vivre.</i></p> <p><i>A la fin de l'entretien, M Y refuse toute proposition de faire évoluer les choses.</i></p> <p><i>Je demande alors à M Y s'il a l'impression de participer aux décisions qui sont prises pour lui et s'il a compris qu'on lui propose.</i></p> <p><i>M Y répond qu'ils trouvent les soignants aux petits soins pour lui et il dit : « je sens qu'ils ont envie que je vive, que je bouge, que je me motive. Ils font beaucoup d'efforts pour me remettre sur pied et me faire remarquer ».</i></p> <p><i>Il sourit en ajoutant : « en sortant d'ici je devrais pouvoir en faire plus qu'avant »</i></p>
--	---	--

<p>vie</p>		<p><i>Je reformule : « votre réadaptation va vous redonner des forces, plus que vous en aviez avant votre chute ».</i></p> <p><i>M Y reprend : « sauf que cela leur fait plaisir à eux, pour moi cela m'est égal. Je ne changerai rien à ma vie ».</i></p> <p><i>Je lui demande s'il a un médecin traitant. M Y répond que le sien a pris sa retraite il y a deux ans et qu'il ne voyait pas l'utilité d'en reprendre un.</i></p> <p><i>Je lui demande s'il faut changer quelque chose aux traitements. Il déclare qu'il ne veut faire de la peine à personne et que donc : « il ne faut rien critiquer ni changer ». Il ajoute avec émotion : « est-ce que Dieu se sert de ces jeunes gens pour moi ? ».</i></p>
<p>Aspects psychosociaux de l'identité Environnement (social, soignant, familial, des proches) qui maintient la singularité de la personne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - besoin d'être aimé, d'être reconnu, - besoin d'être écouté - besoin d'être relié (en 	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous des soucis et/ ou des difficultés en rapport avec des membres de votre famille ou en rapport avec des proches ? - Comment vos proches se comportent-ils avec vous ? Est-ce que ces manières d'être rencontrent ce que vous attendez d'eux ? - Vous sentez-vous seul ? - Pouvez-vous me parler de l'image que vous avez de vous-même dans la situation actuelle (maladie, hospitalisation) ? - Si approprié : avez-vous des liens avec votre communauté de Foi ? - Si approprié : avez-vous un sentiment de culpabilité en lien avec votre parcours de vie ? <p>Notes</p> <p><i>Je pose des questions à M Y sur son entourage et ses relations avec ses enfants. M Y répond assez laconiquement : « Ma fille essaye de comprendre ma manière de vivre. Elle vient me voir régulièrement. Elle essaye toujours de me faire acheter d'autres vêtements que ceux que j'ai (il me montre sa chemise d'un geste qui</i></p>

	<p><i>particulier avec sa communauté de foi et les autres)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>besoin d'avoir une bonne image de soi</i> - <i>besoin d'être pardonné, d'être réconcilié</i> 	<p><i>exprime qu'il est conscient de sa tenue négligée). Elle me demande toujours si je ne veux pas d'aide pour mon ménage et ma lessive. Je lui suis reconnaissant de ses efforts, et je sais que c'est dur pour elle d'avoir un père qui donne l'impression de se laisser aller. Mon garçon a finit par s'énerver en constatant que ses efforts pour me « remettre » comme il dit, ne changeaient rien. Alors il me téléphone à Noël et m'invite à manger une fois en été ... et c'est tout. ».</i></p> <p><i>Il ajoute : « Mes amis ne viennent jamais chez moi, nous nous retrouvons au café une fois par semaine. Cela me fait du bien de parler un peu de ce monde de fou. Ils m'appellent le moine, mais ils m'acceptent comme je suis sans me poser de question. Je comprends que ma vie doit être compliquée à comprendre pour ma famille et les autres. ».</i></p> <p><i>Je demande : « c'est dur d'avoir une vie illisible pour ses proches ? » M Y répond que c'est assez difficile de se sentir différent, mais il ajoute : « au ciel tout cela sera oublié ! ».</i></p> <p><i>M Y dit encore : « Je vais à l'église aussi régulièrement que possible, tous les 2 mois. Je m'asseye derrière et je regarde en haut pendant le service. Généralement je sors un peu avant la fin du service afin de ne pas avoir à parler avec les personnes qui sont là. ».</i></p> <p><i>A la question de savoir quelle image il a de lui, M Y répond : « L'image que j'ai de moi est un peu chaotique. Je me pose souvent la question de savoir si j'ai raison de faire comme je le fais. Mais en même temps c'est comme cela que je suis ... et je ne compte pas changer. ». Il ajoute spontanément : « L'image que les autres ont de moi compte bien sûr, mais elle ne m'aide pas. ».</i></p>
--	---	--

Tableau n° 14 : Administration du STIV / SDAT, cas de M Y, recueil d'information

Temps n°2 : analyse de l'entretien

Cette phase d'analyse se fait dans un dialogue entre le stagiaire et le superviseur. En cas de divergence, le superviseur tranche.

<p>Sens</p> <p>- Comment est-ce que le patient parle de son besoin d'un équilibre global de vie ?</p> <p>- L'équilibre global de vie de ce patient est-il perturbé ? Si oui, l'équilibre global est-il perturbé légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p> <p>- Le besoin d'un équilibre global de vie est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p>	<p>Eléments d'analyse des perturbations de la sous-dimension du Sens</p> <p><i>L'équilibre global de vie de M Y est légèrement perturbé.</i></p> <p><i>M Y pense qu'il se remettra assez pour poursuivre sa vie, même si sa mobilité est un peu réduite.</i></p>
<p>Transcendance</p> <p>- Comment le patient parle-t-il de son besoin de connexion / de son besoin de lien avec son fondement existentiel ?</p> <p>- Est-ce que le lien avec son fondement existentiel est perturbé ? Si oui, ce lien est-il perturbé légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p>	<p>Eléments d'analyse des perturbations de la sous-dimension de la Transcendance</p> <p><i>Le lien avec son fondement existentiel est moyennement perturbé.</i></p> <p><i>M Y décrit bien comment des aspects importants de sa vie de Foi sont compromis au cours de cette hospitalisation. Et de manière un peu surprenante, M Y doute qu'il lui soit facile, non pas de refaire les mêmes pratiques (même si moins facile), mais bien de retrouver la même qualité de lien qu'avant.</i></p>

<p>- Le besoin de connexion / de lien avec son fondement existentiel est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p>	
<p>Valeurs</p> <p>- Comment le patient parle-t-il de son besoin de reconnaissance des valeurs, c'est-à-dire que les soignants</p>	<p>Eléments d'analyse des perturbations de la sous-dimension des Valeurs (1 et 2)</p> <p><i>A la relecture des éléments repris de l'entretien, j'ai demandé au superviseur de m'assister pour l'analyse de cette sous dimension des valeurs. En effet, comment qualifier cette sous dimension ? Faut-il considérer l'aspect subjectif uniquement (la vision de M Y qui ne voit pas la raison pour laquelle les membres de la communauté soignante s'intéresseraient à son histoire de vie, à ce qui est important pour lui, etc. et qui ne veut surtout rien changer à sa prise en charge à la fois pour ne pas décevoir et ne pas prendre de risque).</i></p> <p><i>Je me pose alors deux questions touchant les enjeux de cette sous-dimension. La première sur la durée de séjour, faut-il garder M Y plus longtemps si ces objectifs à lui sont atteints après deux semaines ? Par ailleurs M Y ne réalise sans doute pas qu'il ne se nourrit pas assez et que ce fait pourrait le ramener à l'hôpital rapidement.</i></p> <p><i>Le superviseur me fait d'abord prendre conscience que les propos tenus par les professionnels dans le premier colloque et ceux tenus par M Y dans notre long entretien montrent d'abord qu'il n'existe pas d'alliance et donc que le projet thérapeutique n'est que le fait de la communauté soignante. Ce fait est dommageable pour M Y et à terme pour les soignants et les médecins. Dans le même temps, il faut garder à l'esprit que M Y ne donne pas une importance immense à cette sous dimension, même s'il porte cette crainte d'être retenu contre son gré.</i></p> <p><i>A partir de ces considérations sur l'alliance et des éléments de l'entretien, je formule l'hypothèse que VI est sévèrement perturbé. En effet, ignorer, même sans les détails l'importance de la vie de Foi de M Y comme clef pour comprendre son attitude face à la</i></p>

<p><i>comprennent ce qui a du poids et/ou de l'importance dans son existence ?</i></p> <p><i>- Est-ce que la reconnaissance des valeurs est perturbée ? Si oui, cette reconnaissance est-elle perturbée légèrement, moyennement ou sévèrement ?</i></p> <p><i>- Le besoin de reconnaissance des valeurs est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</i></p> <p><i>- Comment le patient parle-t-il de son besoin de comprendre et d'être associé aux décisions et aux actions des soignants ?</i></p> <p><i>- Est-ce que le système de valeurs est perturbé ? Si oui, ce système de valeurs est-il perturbé légèrement, moyennement ou sévèrement ?</i></p> <p><i>- Le besoin de comprendre et d'être associé aux décisions et aux actions des soignants / de maintenir un contrôle est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</i></p>	<p><i>réadaptation est grave. De plus, M Y ne peut pas être rassuré non plus sur le fait que son style de vie ne peut pas entraîner son enfermement dans un service de psychiatrie.</i></p> <p><i>A partir de ces considérations sur l'alliance et des éléments de l'entretien, je formule l'hypothèse que V2 est moyennement perturbé. En effet, M Y est prêt à considérer ce qu'il ignore (objectifs de réadaptation des soignants et des médecins, représentation de lui que portent les médecins et les soignants) comme un signe de Dieu. De plus cette motivation de ne pas décevoir ne (?) semble pas lui poser de difficulté. Mais il y a un risque que M Y se sente déstabilisé si l'hospitalisation devait se prolonger ou si des propositions de changement dans son quotidien (repas et/ou physiothérapie et/ou ergothérapie à domicile) devaient être faite de manière pressante.</i></p>
--	--

<p>Aspects psycho-sociaux de l'identité</p> <p>- Comment le patient parle-t-il de son besoin de maintenir sa singularité / son identité ?</p> <p>- Cette singularité / cette identité est-elle perturbée ? si oui, sa singularité / son identité est-elle perturbée légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p> <p>- Le besoin de maintenir sa singularité / son identité est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p>	<p>Éléments d'analyse des perturbations de la sous-dimension des Aspects psycho-sociaux de l'identité</p> <p>Je fais les constats suivants relativement aux aspects psycho-sociaux de l'identité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - M Y manque d'écoute et d'amour dans un lien qui le respecte dans son mode de vie et ses choix de vie, - M Y manque de liens signifiants, il a des liens sociaux et les liens avec les enfants sont mis à mal par les peurs des enfants, - Les liens avec des membres de la communauté ecclésiale sont inexistantes car M Y les refusent, seul un lien au travers de la prière existe. - Le manque d'alliance avec les membres de la communauté soignante le laisse seul face à lui-même et ne lui donne pas une occasion de se regarder autrement dans leurs yeux, - L'image que M Y a de lui-même n'est pas très bonne. En effet, il se demande s'il devrait pas se conformer davantage à l'image que ses enfants aimeraient et peut-être ses amis aussi. <p>Cette analyse m'amène à formuler les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans cette hospitalisation rien n'est fait pour permettre à M Y de travailler sa singularité, - ses proches et même moi (histoire du parachutisme (cf. ci-dessus)) mettent l'énergie à tenter de la faire se conformer à un mode de vie plus adapté à la société, - M Y lui-même se pose des questions sur son identité, mais sans vis-à-vis pour les discuter sereinement, - Dieu lui-même n'est pas un garant d'une image qui serait en lien direct avec le fait d'avoir une grande Foi. <p>Je conclus que cette sous-dimension est sévèrement perturbée dans ce moment.</p>
---	--

Tableau n° 15 : Administration du STIV / SDAT, cas de M Y, analyse de l'entretien

Temps n°3 : Gravité des perturbations / des besoins non couverts :

<i>Perturbation / degré de non couverture du besoin</i>	<i>Sans perturbation / Besoin couvert</i>	<i>Perturbation légère / Besoin légèrement non couvert</i>	<i>Perturbation moyenne / Besoin moyennement non couvert</i>	<i>Perturbation sévère / Besoin sévèrement non couvert</i>
<i>Perturbation sur la sous- dimension du sens / Besoins reliés à la sous- dimension du sens</i>		X		
<i>Perturbation sur la sous- dimension de la transcendance / Besoins reliés à la sous- dimension de la transcendance</i>			X	
<i>Perturbation sur la sous- dimension des valeurs 1 / Besoins reliés à la sous- dimension des valeurs 1</i>				X
<i>Perturbation sur la sous- dimension des valeurs 2 / Besoins reliés à la sous- dimension des valeurs 2</i>			X	
<i>Perturbation sur la sous- dimension des aspects psycho- sociaux de l'identité / Besoins reliés des aspects</i>				X

psycho-sociaux de l'identité				
------------------------------	--	--	--	--

Tableau n° 16 : Administration du STIV/SDAT, cas de M Y, récapitulatifs des perturbations

La conclusion de l'analyse est que M Y a une détresse spirituelle moyenne à sévère.

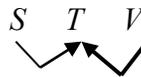
Temps n°4 : profil et (si possible) dynamique de la dimension spirituelle

Je passe en revue les trois sous-dimensions. Je nomme que M Y n'est focalisé ni sur le Sens, ni sur les valeurs. Sans hésiter longtemps je fais l'hypothèse que M Y investit le plus la sous-dimension de la Transcendance, son retour à domicile ne vise pas une reconstruction de son équilibre global de vie, mais bien une reprise (éventuelle) de sa pratique religieuse, et que son profil peut donc être représenté par :

S T V

Le superviseur m'explique que ce profil est plutôt rare et qu'il a pour conséquence que la personne est peu concernée par l'équilibre global de vie (exception faite des aspects de pratiques spirituelles et/ou religieuses) et par les propositions des soignants. Les discussions sur les traitements et sur l'avenir doivent donc être le fait des soignants après qu'ils se sont assurés d'avoir l'alliance thérapeutique la meilleure possible.

Je tente de symboliser par des flèches la dynamique de cette dimension spirituelle.



J'interprète le sens de ces flèches par le fait que l'équilibre global de vie et les valeurs sont largement déterminés par les croyances et la pratique religieuses chez M Y.

Le superviseur me dit que ces flèches sont bien posées et que l'interprétation est bonne compte tenu de mon niveau actuel dans l'utilisation du modèle STIV / SDAT.

Temps n°5 : élaboration des recommandations

Les recommandations de type 1 et 2 ont pour but de contribuer au rétablissement du patient par une amélioration de sa dimension spirituelle.

Recommandation de type 1

Définition : Le premier type de recommandation propose un faire / une action en vue de couvrir un besoin non-couvert ou de réduire une perturbation sur l'une des sous dimensions de la dimension spirituelle, c'est la manière dont le modèle met de la « spiritualité dans les soins ».

Recommandation de type 1 pour Mme X :

Après discussion, le stagiaire se propose :

- d'explorer avec M Y des stratégies pour retrouver sa qualité de lien avec Dieu et de répondre avec lui à la question : « comment saurez-vous que ce lien est rétabli »,*
- d'explorer avec M Y la vision de la famille et des liens familiaux et sociaux que porte sa représentation de Dieu dans le but que la pratique religieuse de M Y puisse intégrer ces éléments à l'avenir.*

Recommandation de type 2

Définition : Le deuxième type de recommandation propose un faire / une action sur des déterminants de la spiritualité qui sont extérieurs au patient (relation à la famille, etc.). C'est-à-dire par un moyen autre que le travail sur le corps (dimension somatique) et permettant de mobiliser les deux autres dimensions psychologique et sociale.

Après discussion, le stagiaire recommande que soit organisée une rencontre de famille, avec pour but que M Y puisse entendre dans un autre contexte le souci de ses enfants, et non pas seulement leur morale. Le stagiaire ajoute que la stratégie devra être soigneusement élaborée. Le superviseur et le stagiaire recommande à la CDC, au vu de l'alliance construite, de les inclure dans cette démarche.

Recommandation de type 3

Définition : *Le troisième type de recommandation est différent des deux premiers. Ce type de recommandation propose un faire / une action centrée non sur le patient, mais sur la prise en charge / le projet thérapeutique du patient et les acteurs qui la/le définissent et la/le mettent en œuvre. Son but est de conserver au patient une autonomie comprise dans un sens particulier, dans ce contexte une sorte de droit à vivre une expérience de changement ou de transformation souvent difficile mais nécessaire à la suite de sa vie. En d'autres termes, les recommandations de ce troisième type vise à mettre en question (en crise ?) le plan de soins / le projet thérapeutique déterminé et agit par l'équipe.*

Après discussion, le stagiaire recommande :

- que la CDC et/ou le médecin assistant accompagne le stagiaire pour une rencontre avec M Y animée par lui, dans le but de démarrer une construction de l'alliance et de réduire la perturbation sur VI*
- que le CDC et/ou le médecin assistant, une fois l'alliance suffisante (critère à vérifier auprès de M Y : confiance augmentée dans les médecins et dans leurs jugements) discute avec M Y de deux attitudes à adopter (nourriture, visites à un médecin traitant) pour continuer de vivre.*
- que le CDC et/ou le médecin assistant, une fois l'accord de M Y obtenu, charge la fille de M Y de lui trouver un médecin traitant.*

Même s'il en voit la cohérence et qu'elles sont le reflet de notre discussion, le superviseur trouve qu'il y a trop de recommandations. Il m'explique que la CDC et les autres membres de l'équipe risquent de ne pas savoir lesquelles prioriser. Il me demande de présenter celles qui me paraissent prioritaires dans le cadre de cette hospitalisation. Je décide donc de limiter le nombre de recommandations lors de ma synthèse au CI, et d'être le plus précis possible.

Synthèse communiquée au cours du colloque par le stagiaire

Point 1 : Première évaluation, entretien de 50 minutes, l'alliance est finalement bonne après un temps d'appropriation et de construction.

Point 2 : L'évaluation par le SDAT montre que :

- La sous-dimension du Sens est légèrement perturbée,
- La sous-dimension de la Transcendance est moyennement perturbée,
- La sous-dimension des Valeurs, V1 est sévèrement perturbée et V2 est moyennement perturbée,
- La sous-dimension des aspects psycho-sociaux de l'identité est sévèrement perturbée.

M Y a une détresse spirituelle moyenne à sévère.

Point 3 : Le profil est sur la Transcendance. Cela explique en partie pourquoi M Y semble ne pas avoir de motivation pour sa réadaptation. Ce type de profil est prédictif d'une difficulté plus ou moins sérieuse à obtenir une alliance avec le patient dans laquelle il est possible de présenter les objectifs de la réadaptation et de les discuter. En d'autres termes il faut considérer que M Y n'a pas encore les liens nécessaires avec vous pour profiter de vos soins.

Point 4 : Les recommandations sont les suivantes :

Pour le suivi par l'aumônier, je me propose :

- d'explorer avec M Y des stratégies pour retrouver sa qualité de lien avec Dieu ici et chez lui, et de répondre avec lui à la question : « comment saurez-vous que ce lien est rétabli ? »,

- d'explorer avec M Y la vision de la famille et des liens familiaux et sociaux que porte sa représentation de Dieu dans le but que la pratique religieuse de M Y puisse intégrer ces éléments à l'avenir.

Pour les médecins : que la CDC et/ou le médecin assistant accompagne le stagiaire pour une rencontre avec M Y animée par lui, dans le but de démarrer une construction d'alliance et de découvrir l'univers de M Y.

Observation de l'aumônier praticien chercheur suite à l'énoncé des recommandations

Observation n°1

La cheffe de clinique (CDC) et l'ergothérapeute notent quelque chose sur leur papier, l'infirmière, la physiothérapeute et l'infirmière de liaison (IDL) ne notent rien, elles ne semblent pas concernées. Le médecin assistant regarde attentivement la CDC dans l'attente de son commentaire, il semble dire : « pour qui il se prend ? ».

Observation n° 2

Une fois les recommandations énoncées, la CDC dit en s'adressant au stagiaire : « c'est intéressant, merci ».

Puis elle donne la parole à l'IDL qui dit qu'elle a rencontré la fille de M Y qui est très inquiète pour son père et pour le retour à domicile. Elle a peur que M Y se laisse mourir chez lui. La fille sera donc satisfaite d'entendre que nous pourrions prolonger ce séjour. L'IDL ajoute en regardant le stagiaire : « la fille ne m'a pas parlé de la spiritualité de son père ! ».

La CDC réfléchit et tente une synthèse plus élaborée que la simple communication du projet et du délai. Elle dit : « c'est vrai qu'il est difficile d'entrer en communication avec M Y. ». Elle s'adresse au médecin assistant : « toi, comment tu le trouves ? ». Le médecin assistant dit que M Y ne semble pas très concerné ni très motivé mais que, dans l'ensemble, il progresse et prend du poids. ».

L'ergothérapeute intervient pour dire qu'elle se demande si M Y continuera à se nourrir correctement à domicile et s'il ne faudrait pas un suivi par une infirmière en psychiatrie du CMS.

L'infirmière intervient à son tour pour exprimer que l'équipe de soin à l'impression que c'est elle qui porte le projet de M Y et que lui ne semble pas s'en rendre compte. Cela a un côté frustrant et épuisant pour l'équipe.

La physiothérapeute dit qu'elle a discuté un peu avec M Y et qu'il lui a confié que ses habitudes de vie n'exigeaient sans doute pas un tel investissement de la part de tout le monde. Elle ajoute que, malheureusement, elle n'a pas pu en savoir plus et qu'elle serait contente d'avoir d'autres informations pour pouvoir adapter ses objectifs au mieux des besoins de M Y. Elle conclut qu'elle aussi, elle commence à être fatiguée de porter seule le projet de M Y.

La CDC intervient pour dire que le temps passe et qu'il faut poursuivre le colloque.

Le stagiaire s'apprête à s'exprimer, mais la physiothérapeute le devance et lui dit avec une certaine agressivité : « Mais, ce que vous proposez, c'est une rencontre avec les médecins et M Y animée par vous ? ».

La CDC la regarde avec étonnement, puis se tourne vers le stagiaire et semble prendre conscience qu'elle n'a pas pris en compte ce que le stagiaire demandait. Elle dit au stagiaire : « vous savez que je suis inquiète pour M Y, je n'avais pas conscience que sa spiritualité était importante pour lui, êtes-vous d'accord que nous discussions après le colloque de votre proposition ? ».

Le stagiaire acquiesce et la CDC annonce que le projet reste un RAD, et qu'elle proposera à M Y une prolongation de quinze jours de réadaptation.

Le colloque continue par l'examen du cas d'un autre patient.

Evaluation de l'effet des recommandations de type 3 sur le projet thérapeutique de M Y et discussion

Critère n°1 : les acteurs autres que les médecins présents au CI sortent de leur rôle habituel de simples « pourvoyeurs d'informations » et se donnent la permission d'interpréter les données issues de leur silo disciplinaire

Dans cette situation, l'aumônier praticien chercheur observe que l'ensemble des acteurs sortent de leur rôle habituel. De plus, ils ont des réactions très contrastées. Un propose un suivi psychiatrique, deux autres nomment une forme d'usure dans la prise en charge et l'un de ces deux vient « sauver » le stagiaire.

Critère n°2 : des tensions entre les divers acteurs émergent quant à leur vision de la prise en charge et du plan de soins

Comme dans le cas de Mme X, l'aumônier praticien chercheur observe que des visions différentes sont exprimées par les divers acteurs mais il n'y a pas de tensions visibles entre les acteurs. La seule tension est manifestée par l'agressivité que la physiothérapeute exprime, de manière détournée, envers la CDC.

Critère n°3 : lors du CI, le chef de clinique ne prend pas de décisions sur l'avenir du patient seulement à partir de sa situation somatique et/ou fonctionnelle

Dans cette situation, l'aumônier praticien chercheur observe que la CDC ne reprend pas directement ni ne discute la recommandation énoncée par le stagiaire. Elle explore la vision du médecin assistant et semble réfléchir comment intégrer ce que le stagiaire vient de dire avec ses propres inquiétudes quant à l'avenir de M Y. Elle réagit finalement à la remarque de la physiothérapeute et décide de reparler de la recommandation avec le stagiaire après le colloque. Elle tient compte du malaise exprimé par l'infirmière au nom de l'équipe et de la physiothérapeute en annonçant une discussion avec M Y à propos de la prolongation de son séjour hospitalier.

Discussion

La recommandation de type 3 énoncée par le stagiaire dans cette situation a donc eu deux effets. Le premier a été de libérer la parole des autres acteurs et de faire émerger une tension entre la physiothérapeute et la CDC. Le deuxième a été de déplacer la CDC. En effet, rediscuter avec le stagiaire et rencontrer M Y est une manière de tenter de changer le cours de la prise en charge.

Catamnèse

A la fin du colloque, le stagiaire, le superviseur et la CDC sont restés sur place et ont discuté de M Y avec la CDC. Celle-ci a finalement accepté l'idée de rencontrer M Y avec le stagiaire avant de discuter de la prolongation de son séjour. M Y a été touché par

la démarche de la CDC qui lui dit : « je viens apprendre à vous connaître car je suis inquiète pour vous ». M Y a accepté de décrire sa vie habituelle et l'importance de sa vie de foi. Après quinze minutes, le stagiaire a décidé de sortir et de laisser la CDC seule avec M Y. Finalement, il a été possible de renégocier l'ensemble de la prise en charge (prolongation plus courte, visite de santé du CMS avec suivi d'une diététicienne et temps pour la pratique religieuse).

7.2.6. Dossier clinique n° 3 : Madame Z, 85 ans

Ce dossier est une retranscription du dossier clinique du stagiaire et de ses notes. Cette évaluation a lieu à la fin du stage. Le stagiaire est familiarisé avec l'administration du SDAT mais il a une propension marquée à ne pas attendre les résultats de l'évaluation pour tenter d'aider la personne à se sortir de ses difficultés et donc à ne pas explorer suffisamment les sous-dimensions lors des entretiens. Le superviseur n'était pas présent à l'entrevue dont le stagiaire rend compte lors du deuxième CI. Le superviseur a assisté à l'entretien suivant et il est intervenu à quelques reprises afin qu'une évaluation puisse se faire avec des informations suffisantes et pertinentes. Le superviseur a contribué de manière importante à l'élaboration des recommandations après avoir discuté une fois longuement et quatre fois brièvement les hypothèses sur les perturbations relevées. Le stagiaire a rempli le dossier lui-même après l'entretien, y compris l'analyse. Il n'a pas fait figurer le détail des échanges avec le superviseur. Cette manière de remplir le dossier, proche des notes au dossier qui sont suggérées (bientôt exigées) depuis l'introduction du dossier informatisé a été acceptée par le superviseur dans la mesure où elle représentait un exercice de synthèse. Mais, lorsque cela est nécessaire à la compréhension du dossier, quelques paragraphes en italique intitulés « commentaires sur ... » et quelques phrases d'introduction aux notes ont été ajoutés avec l'accord du stagiaire lors de la retranscription.

Date du CI : XX.09.2012

Informations CI n° 1 après 5 jours d'hospitalisation

Médecin assistant : histoire médicale et diagnostique

Mme Z est hospitalisée suite à une chute dans son appartement. Elle a une contusion thoracique, un hématome au genou gauche. Elle a aussi une fracture sternale et une fracture de la branche ischio pubienne gauche pour laquelle elle a bénéficié d'une prothèse totale de la hanche. Par ailleurs, Mme Z souffre d'une HTA traitée et stable, et d'un diabète de type II non insulino requérant. Actuellement, ce diabète est très décompensé. Mme Z a déjà eu une fracture du poignet il y a deux ans et a été opérée du sein droit pour un cancer non métastatique il y a dix ans. Elle a bénéficié d'une reconstruction mammaire et elle est considérée comme guérie de son cancer. Enfin Mme Z a présenté une décompensation cardiaque aux urgences et est au bénéfice de médicaments pour stabiliser son cœur.

En ce qui concerne la prise en charge médicale, nous devons stabiliser le diabète Mme Z et ajuster sa médication cardiaque. Il faut également attendre que sa fracture sternale la fasse moins souffrir, que son hématome se résorbe. La contusion thoracique provoque des difficultés respiratoires chez Mme Z et nous devons surveiller la qualité des échanges gazeux, surtout la nuit.

Nous fixons la sortie à dans quinze jours et nous pensons que Mme Z pourra rentrer chez elle.

MMS 29/30 **GDS** 0/4

Infirmière de liaison : données sociales et manière de vivre habituelle à domicile (y compris les éventuelles aides)

Mme Z vit avec son mari, âgé de 90 ans ; M Z est actuellement placé en court séjour car il est dépendant de son épouse. Mme Z a eu trois enfants dont deux sont décédés. Il lui reste une fille qui vit en France voisine et une petite fille qui vit en Suisse, dans une ville voisine. Mme Z et son mari sont bien entourés par une voisine. Mme Z dit avoir une bonne relation avec sa fille et sa petite fille, mais elle ne les voit pas souvent. Mme Z était vendeuse en parfumerie. Mme Z aime lire, faire la cuisine pour son mari et regarder la TV. Le couple habite une maison avec cinq marches d'accès. Mme Z n'est pas connue du CMS de son quartier, mais M Z, lui, bénéficie d'une douche par semaine, d'une visite de santé et d'une injection de vitarubin. Le couple assume encore le ménage, sa lessive, ses repas et ses finances. M Z a un sécutel avec lequel il a pu avertir les secours lorsque Mme Z a chuté.

Infirmière : rapport des soignants

Mme Z gère ses médicaments. Mme Z dit avoir des douleurs importantes au repos et à la mobilisation, sans pouvoir les quantifier avec l'Echelle Visuelle Analogique (EVA).⁴⁹ Ces douleurs sont invalidantes et limitent les possibilités de progrès de Mme Z dans sa toilette et ses déplacements. Mme Z mange les $\frac{3}{4}$ de sa portion. La relation avec Mme Z est bonne et l'équipe la sent motivée pour sa réadaptation.

L'infirmière demande si le médecin a vu les jambes de Mme Z, car elles semblent présenter des œdèmes et il était difficile de mettre les chaussures de Mme Z ce matin. Le médecin répond qu'il ira revoir Mme Z cet après-midi.

Physiothérapeute et ergothérapeute

Mme Z a un bon potentiel de réadaptation, mais elle est actuellement limitée par les douleurs au repos et à la mobilisation. Mme Z fait pourtant des exercices au lit et a fait déjà deux fois du « Motomed ». ⁵⁰ Mme Z a accepté sans difficulté les moyens auxiliaires mis à sa disposition pour l'habillage. Mme Z a dit qu'elle participera volontiers à l'atelier sur la prévention des chutes.

La Physiothérapeute dit ne pas l'avoir vue ce jour et donc n'a rien remarqué en ce qui concerne un œdème des jambes.

Les objectifs sont 1. faire baisser ses douleurs à 2/10 au repos et à la mobilisation ; 2. lui faire retrouver son périmètre de marche ; 3. lui faire exécuter ses transferts en sécurité ; 4. lui faire faire sa toilette seule.

Accompagnant spirituel / aumônier

Saluée dans le couloir, mais pas encore rencontrée

Infirmière de liaison : souhait du patient pour l'hospitalisation et la sortie

Mme Z veut rentrer chez elle dès que possible pour s'occuper de son mari. Elle ajoute que la fille, contactée par téléphone, est inquiète pour l'avenir de ses parents dans cette grande maison. Elle-même est trop éloignée pour pouvoir s'en occuper efficacement.

Cheffe de clinique (CDC : médecin responsable de l'étage) de l'ensemble des patients de l'étage : commentaire et synthèse

⁴⁹ Echelle graduée de 0 à 10 (en cm) dont se servent les soignants pour mesurer l'intensité de la douleur d'un patient. 0 = aucune douleur, 10 = douleur la pire que la personne peut imaginer.

⁵⁰ Dispositif comparable à un vélo de salon, mais doté de capteurs qui mesurent des paramètres comme la force de chaque jambe, etc.

La CDC comprend l'inquiétude de la fille au moment de cette première synthèse. Elle se demande si Mme Z pourra encore réaliser l'ensemble de ses activités et s'occuper de son mari de la même manière. La CDC décide de donner du temps à Mme Z pour se « retaper ».

Répondant à une question du superviseur, la CDC annonce qu'il a été décidé qu'il bénéficierait d'une attitude A (transfert aux soins intensifs).

Date probable de fin de réadaptation

Quatre semaines de réadaptation sont prévues

Souhait du patient

Retour à domicile (RAD)

Destination probable

RAD

Informations CI n° 2 : après 12 jours d'hospitalisation

CDC : introduction

Nous parlons de Mme Z, hospitalisée depuis 12 jours.

Médecin assistant : prise en charge médicale

Mme Z présente des œdèmes des membres inférieurs suite à sa décompensation cardiaque. Le traitement cardiaque a été majoré et nous attendons que cela produise un effet. En attendant Mme Z a été mise sous diurétique pour diminuer les œdèmes. Elle bénéficie d'un peu d'oxygène la nuit (11).

Le diabète est mieux compensé, mais nous sommes au maximum du traitement par voie orale et il n'est pas exclu qu'il soit nécessaire de débiter un traitement par injection d'insuline.

Les douleurs de Mme Z sont toujours bien présentes, et toujours difficilement évaluables. Nous allons débiter des petites doses de morphines.

En ce qui concerne la prise en charge médicale : Mme Z devrait sortir à la date prévue.

Infirmière : rapport des soignants

Mme Z ne fait pas de progrès car ses douleurs l'empêchent toujours de participer activement à sa toilette et à ses transferts. Elle reste toujours collaborante, motivée et elle a hâte de pouvoir démarrer vraiment sa réadaptation. L'œdème de ses jambes la stresse et elle se demande quand les médicaments vont faire de l'effet. Elle gère bien sa boîte de médicaments.

Pour l'équipe infirmière, Mme Z devrait quand même sortir à la date prévue.

Physiothérapeute et ergothérapeute

Mme Z a fait quelques mètres accompagnée, mais elle reste limitée par les douleurs au repos et à la mobilisation. Mme Z continue les exercices au lit et le « motomed ».

Pour physiothérapeute et ergothérapeute Mme Z devrait pourtant sortir à la date prévue.

Accompagnant spirituel / aumônier

Le stagiaire note qu'il communique ce qui suit : Femme ayant eu une vie avec des difficultés importantes (notamment de nombreux décès de personnes proches en plus des deux enfants). Elle dit qu'elle est habituellement une femme forte qui arrive à faire face aux coups durs de la vie ; mais là elle a l'impression qu'elle arrive à ses limites, malgré l'aide de sa fille et des soignants. Elle a le moral un peu bas. Elle est aussi très inquiète pour son mari dont elle s'occupe beaucoup et elle est aussi inquiète pour l'avenir.

Commentaire sur cette communication lors du deuxième CI : les notes du stagiaire ne comportent aucune mention de réaction des présent-e-s au CI suite à son intervention.

Le stagiaire relève simplement : Observations en lien avec celles de l'infirmière de liaison (IDL).

Infirmière de liaison : souhait du patient pour l'hospitalisation et la sortie

Mme Z veut rentrer chez elle dès que possible pour s'occuper de son mari. La fille de Mme Z, contactée par téléphone, est inquiète pour l'avenir de ses parents dans cette grande maison. Elle-même est trop éloignée pour pouvoir s'en occuper efficacement.

Cheffe de clinique (CDC : médecin responsable de l'étage) de l'ensemble des patients de l'étage : commentaire et synthèse

La CDC annonce qu'elle téléphonera aussi à la fille de Mme Z. Elle pense que la réadaptation de Mme Z sera longue et qu'elle ne sera sans doute plus aussi active qu'avant, mais qu'elle a un potentiel. La CDC dit qu'il faudra discuter assez tôt d'une aide à domicile.

Date probable de fin de réadaptation

La date de sortie décidée est maintenue.

Informations CI n° 3 : après 19 jours d'hospitalisation

CDC : introduction

Nous parlons de Mme Z, hospitalisée depuis 19 jours.

La CDC ajoute qu'elle n'a pas pu parler à la fille de Mme Z au cours de cette semaine.

Médecin assistant : prise en charge médicale

Les œdèmes de Mme Z vont mieux. Mme Z a perdu du poids et le traitement diurétique semble efficace. Il est poursuivi. Le cœur semble aussi aller mieux, Mme Z est moins essoufflée et dit ne plus avoir besoin de l'oxygène la nuit. Nous allons tester deux nuits sans O₂.

Le diabète est à nouveau décompensé et la décision de passer à l'insuline a été prise hier matin à la visite. Mme n'est pas au courant. Il faudra prévoir un enseignement pour cette dame.

Les petites doses de morphine sont efficaces pour les douleurs de Mme Z. Elle semble avoir moins mal et se plaint moins. Des réserves sont prévues en cas de douleurs à nouveau plus importantes.

En ce qui concerne la prise en charge médicale : Mme Z devrait sortir à la date prévue si l'enseignement pour l'utilisation de l'insuline a pu être réalisé.

Infirmière : rapport des soignants

Mme Z a moins de douleurs et d'œdème et donc progresse dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. Elle est toujours motivée et collaborante. Elle continue de manger les $\frac{3}{4}$ de sa portion. Elle gère ses médicaments, sauf la morphine. Elle supporte bien les bandes de contentions pour ses jambes.

Pour l'équipe infirmière Mme Z devrait sortir à la date prévue.

Physiothérapeute et ergothérapeute

Mme Z fait les couloirs accompagnée. Elle est moins limitée par les douleurs à la mobilisation et progresse dans ses déplacements et ses transferts. Mme Z continue les exercices au lit et le « motomed ». Mme Z fait maintenant des exercices pour améliorer sa capacité respiratoire avec un « bulo ».⁵¹

Mme Z n'a pas accepté l'offre de l'ergothérapeute d'un essai cuisine, disant qu'elle se débrouillerait très bien une fois rentrée.

Pour physiothérapeute et ergothérapeute Mme Z devrait sortir à la date prévue.

Accompagnant spirituel / aumônier

Le stagiaire et le superviseur ont rencontré Mme Z la veille.

Ci-dessous les cinq temps de l'administration du SDAT.

Commentaire sur l'échange avec le stagiaire devant la porte de Mme Z, juste avant l'entretien. Le superviseur s'informe de la qualité de l'alliance que le stagiaire a construite avec Mme Z lors du premier entretien. Le stagiaire qualifie l'alliance de bonne. Le

⁵¹ Dispositif composé d'une bouteille remplie d'eau et d'un tube en plastique dans lequel le patient souffle. L'eau offre une résistance au moment de l'expiration et oblige ainsi le patient à souffler avec plus de force.

superviseur demande au stagiaire, dans un but didactique, s'il peut qualifier le type de langage utilisé lors de sa communication au CI n° 2 ?

Après discussion le stagiaire prend conscience d'avoir utilisé un langage qui parle de la souffrance psychosociale de Mme Z. De plus, le stagiaire réalise qu'il n'a pas analysé autrement ce que Mme Z lui a communiqué sur sa vie.

Temps n°1 : entretien semi structuré avec le patient

Date évaluation initiale : après 19 jours d'hospitalisation

N° de la semaine de réadaptation : cette évaluation prend place dans la troisième semaine de réadaptation

Durée entretien : l'entretien a duré 40 minutes

Qualification de l'alliance : très bonne – bonne – moyenne – mauvaise - non construite

Alliance mauvaise au départ, puis bonne les ¾ de l'entretien.

Commentaire sur le démarrage de l'entretien. Mme Z est assise à la table et elle fait des exercices de respiration avec son bulo. Le tube est sorti de la bouteille et le dispositif est inutilisable. Mme Z semble à la fois fâchée et désespérée. Le stagiaire se présente avec le sourire et demande à Mme Z si elle le reconnaît. Mme Z fait « oui » de la tête et me désigne du menton. Le stagiaire me présente et expose les raisons de ma présence. Mme Z dit qu'elle est fâchée contre « ce truc qui ne fonctionne pas ... » et ajoute « comme le reste ici ...et j'ai l'impression d'être un cobaye ». Elle annonce alors que le moment n'est pas bien choisi pour une visite, surtout si c'est pour que le stagiaire « s'exerce sur elle ».

Le stagiaire s'apprête à sortir, choqué par cette attitude à laquelle il ne s'attendait absolument pas. Le superviseur intervient en reformulant la colère de Mme Z et son désarroi face à tout ce qui lui est arrivé ces dernières semaines.

Mme Z entre alors en dialogue et après quelques minutes d'échange, le superviseur redonne la parole au stagiaire, et tous deux s'installent sur des chaises.

<i>Aspects de structure concept de spiritualité dimension spirituelle</i>	<i>Aspects fonctionnels sphère spirituelle (en relation avec la maladie)</i>	<i>Questions de relance pour l'entretien semi-structuré</i> <i>Informations pertinentes recueillies au cours de l'entretien semi-structuré</i>
<p>sens Equilibre global de vie.</p>	<p>- besoin de reconstruire un équilibre de vie global</p> <p>- besoin d'apprendre un « vivre avec » ... la maladie, le handicap</p>	<p>- Votre hospitalisation a-t-elle des répercussions sur votre manière habituelle de vivre ?</p> <p>- Votre hospitalisation a-t-elle des répercussions sur la façon dont vous vivez habituellement ?</p> <p>- Votre équilibre global de vie est-il perturbé par ce qui vous arrive maintenant (hospitalisation, maladie) ?</p> <p>- Avez-vous des difficultés à faire face à ce qui vous arrive maintenant (hospitalisation, maladie) ?</p> <p>Notes</p> <p>Mme Z rapporte que la chute aura des conséquences très graves sur la manière dont elle vit sa vie. Cette chute a déclenché une cascade d'ennuis de santé et de péjorations qui empêchent Mme Z de reprendre le dessus. Il y a des jours où elle a l'impression que tout est fichu et qu'elle ne pourra plus vivre comme avant.</p> <p>Mme Z se pose la question de savoir comment elle va faire lors de son retour à domicile car elle est seule pour s'occuper de son mari.</p> <p>Commentaire sur l'exploration de cette sous-dimension / de ce besoin d'équilibre global de vie. Le stagiaire suggère plusieurs fois à Mme Z des pistes pour refaire / reconstruire un équilibre global de vie différent, mais néanmoins possible. Mme Z les refuse et elle explique au stagiaire pourquoi de tels aménagements sont impossibles ou simplement non envisageables pour elle.</p>

<p>transcendance Fondement extérieur à la personne et qui l'enracine.</p>	<p>- besoin d'être en lien avec son fondement existentiel</p> <p>- besoin de beau</p>	<p>- Avez-vous une religion, une foi particulière ou une spiritualité ? - Ce qui se passe pour vous maintenant a-t-il changé votre relation à Dieu (plus proche de Dieu, Dieu plus lointain, pas de changement) / a-t-il changé quelque chose dans votre spiritualité ? - Votre religion / votre spiritualité est-elle ébranlée / mise en question par ce qui vous arrive maintenant ? - Est-ce que ce qui vous arrive maintenant perturbe / modifie la façon dont vous vivez ou exprimez votre foi / votre spiritualité / votre religion ?</p> <p>Notes</p> <p>Commentaire sur l'exploration de cette sous-dimension. Dans le premier entretien que le stagiaire a eu avec Mme Z, il n'a pas posé de question relative à la transcendance et Mme Z n'a rien exprimé non plus. Le démarrage de l'entretien rend toute question et exploration difficiles pour le stagiaire. Après trente minutes d'entretien, constatant que le stagiaire ne pourra pas poser de question, le superviseur intervient et demande à Mme Z si elle a une Foi religieuse ou une spiritualité. Le stagiaire, conscient de l'enjeu, reprend la suite de l'entretien. Il ajoute : « si mon collègue vous pose cette question, c'est parce qu'il arrive que les croyances des personnes qui vivent des moments difficiles, comme c'est le cas pour vous, soient ébranlées ».</p> <p>Mme Z est protestante. Elle a eu une instruction religieuse et a participé aux activités d'un groupe de jeunes paroissiens (JP) au temps de sa jeunesse. Elle n'a pas de pratique religieuse, ni personnelle, ni communautaire. Dieu n'est ni une ressource, ni un problème.</p> <p>Commentaire sur l'exploration de cette sous-dimension. Le superviseur demande alors si l'art (la musique ou la peinture) contribue à une forme de spiritualité chez Mme Z. Le stagiaire, comme précédemment, reprend sans difficulté la suite de l'entretien. Il ajoute : « écoutez-vous de la musique ? ».</p>
--	---	--

		<p><i>Mme Z déclare qu'elle vit avec Bach et Mozart. La vie est : « sans couleur » si cette musique est absente. Elle prend tous les jours un temps pour écouter de la musique, pendant que son mari se repose, grâce à un casque que sa petite-fille lui a acheté.</i></p> <p><i>Mme Z dit qu'écouter de la musique est comme faire une prière. Elle dit que c'est comme quand elle parlait avec des clientes sur ce qu'un parfum peut provoquer comme expérience et émotion.</i></p> <p><i>Mme Z dit qu'il lui arrive d'être dans un état second après l'écoute de la musique, c'est : « sa religion à elle ».</i></p> <p><i>Impossible de vivre ces moments de ressourcement à l'hôpital. Manque très important. De plus Mme Z dit qu'elle ne sait pas si elle sera capable de reprendre ses temps d'écoute de la musique une fois rentrée. Elle n'aura peut-être plus l'énergie, en tous les cas au début.</i></p>
<p>valeurs</p>	<p>Besoin de reconnaissance des valeurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous que les soignants qui s'occupent de vous vous connaissent suffisamment bien pour bien vous soigner ? - Avez-vous suffisamment d'information au sujet de votre problème de santé et sur les objectifs / les buts de votre hospitalisation et sur votre traitement ? - Avez-vous le sentiment / l'impression de participer aux décisions prises à propos de vos soins / de vos traitements ? - Comment décririez-vous votre relation avec les médecins et les autres professionnels de la santé? <p>Notes</p>

<p><i>V1 : ce qui a de l'importance /du poids dans la vie de la personne</i></p>	<p><i>V1 - besoin que les soignants connaissent ce qui a de la valeur, du poids chez la personne</i></p>	<p><i>Les soignants ont compris l'essentiel de Mme Z., à savoir qu'elle veut rentrer chez elle pour s'occuper de son mari.</i></p>
<p><i>V2 : système de valeurs qui déterminent le bien, le vrai pour la personne ; système manifesté dans les actes et les choix de vie</i></p>	<p>Besoin de maintenir un contrôle</p> <p><i>V2 - besoin de comprendre et d'être associé aux décisions et aux actions des soignants</i></p>	<p><i>Mme Z avoue ne rien comprendre à ce qui lui arrive, ni à la manière dont on la soigne, encore moins les changements de traitements qu'on lui inflige. Elle ne dit rien aux soignants et aux médecins car elle veut progresser pour rentrer.</i></p> <p><i>Elle dit qu'elle est un bon petit soldat.</i></p> <p><i>Mme Z n'est pas en confiance avec ces « jeunes » médecins. Elle dit que son médecin traitant n'approuverait pas les changements de traitements.</i></p> <p><i>Mme Z ne comprend pas que l'on tienne compte à ce point de ses douleurs. Elle en a toujours eu et que même si ces douleurs sont pires, elle veut faire plus d'exercices pour reprendre plus vite des forces et rentrer.</i></p> <p><i>Le seul médecin en lequel Mme Z a confiance est son médecin traitant.</i></p> <p><i>Commentaire sur l'exploration de cette sous-dimension des valeurs. Le stagiaire demande avec une certaine insistance pourquoi Mme Z ne demande pas des informations aux soignants et aux médecins du CUTR. De plus pourquoi elle ne leur parle pas de son lien avec son médecin traitant. Mme Z déclare qu'elle craint que cela ne finisse par retarder sa rentrée à domicile et que, de toute façon, ils ne comprendraient pas.</i></p>

<p>Aspects psychosociaux de l'identité Environnement (social, soignant, familial, des proches) qui maintient la singularité de la personne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - besoin d'être aimé, d'être reconnu, - besoin d'être écouté - besoin d'être relié (en particulier avec sa communauté de foi et les autres) - besoin d'avoir une bonne image de soi - besoin d'être pardonné, d'être réconcilié 	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous des soucis et/ ou des difficultés en rapport avec des membres de votre famille ou en rapport avec des proches ? - Comment vos proches se comportent-ils avec vous ? Est-ce que ces manières d'être rencontrent ce que vous attendez d'eux ? - Vous sentez-vous seul ? - Pouvez-vous me parler de l'image que vous avez de vous-même dans la situation actuelle (maladie, hospitalisation) ? - Si approprié : avez-vous des liens avec votre communauté de Foi ? - Si approprié : avez-vous un sentiment de culpabilité en lien avec votre parcours de vie ? <p>Notes</p> <p>Commentaire sur l'exploration de cette sous-dimension. Le stagiaire reprend au début de l'entretien ce que Mme Z lui a confié lors de la rencontre précédente, à savoir que Mme Z a eu une vie difficile. Mme Z rappelle certains moments tristes et heureux de son histoire de vie. Le superviseur intervient pour explorer l'image que Mme a d'elle-même maintenant. Puis, le superviseur demande aussi si elle sait ce que sa fille, sa petite fille et les soignants pensent d'elle et comment ils la considèrent.</p> <p>Mme Z se considère comme une battante, même si elle dit qu'en ce moment, elle a parfois de la peine à se reconnaître et que ce monde n'est plus : « son monde ». Elle est contente que sa fille, sa petite fille et les soignants lui redisent souvent qu'elle est courageuse, qu'elle se bat fort pour rentrer. Cela l'aide beaucoup.</p> <p>Commentaire sur l'exploration de cette sous-dimension. Le superviseur demande à Mme Z de parler de son lien avec son mari.</p> <p>Mme Z voue une grande admiration à son mari et a aussi beaucoup de reconnaissance à son égard ; (il l'a beaucoup soutenue et lui a permis de</p>
---	---	--

		<p><i>travailler à l'extérieur à une époque où cela ne se faisait pas).</i> <i>Mme Z a promis à son mari qu'elle le soignerait jusqu'au bout et qu'il ne serait jamais placé. C'est une promesse entre eux dont personne n'a connaissance. Le seul qui connaît cette promesse est le médecin traitant de Mme Z.</i> <i>Mme Z est très stressée de ne pas être capable de tenir sa promesse.</i> <i>Son mari et elle se téléphone une fois par jour, mais Mme Z ne dit rien de son état de santé pour ne pas l'inquiéter.</i></p> <p><i>Mme Z n'a plus de relation avec ses amies, car son mari prend une grande partie de son temps. De plus beaucoup sont mortes. Mme Z souffre rarement de solitude.</i></p> <p><i>Commentaire sur l'exploration de cette sous-dimension. Le superviseur, anticipant sur les recommandations à faire suite à cet entretien demande à Mme Z s'il est possible de reprendre contact avec sa fille et sa petite-fille pour parler avec elles.</i></p> <p><i>Mme Z est d'accord avec cette démarche, pourvu qu'on ne les ennuie pas et que cela ne retarde pas son retour à domicile.</i></p>
--	--	--

Tableau n° 17 : Administration du STIV /SDAT, cas de Mme Z, recueil d'information

Temps n°2 : analyse de l'entretien

Cette phase d'analyse se fait dans un dialogue entre le stagiaire et le superviseur. En cas de divergence, le superviseur tranche.

<p><i>Sens</i></p> <p><i>- Comment est-ce que le patient parle de son besoin d'un équilibre global de vie ?</i></p>	<p><i>Eléments d'analyse des perturbations de la sous-dimension du Sens</i></p> <p><i>La sous dimension du Sens est sévèrement perturbée.</i></p> <p><i>Commentaire sur l'exploration de cette sous-dimension. La discussion avec le stagiaire</i></p>
--	---

<p>- L'équilibre global de vie de ce patient est-il perturbé ? Si oui, l'équilibre global est-il perturbé légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p> <p>- Le besoin d'un équilibre global de vie est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p>	<p>est courte car l'entretien montre de façon évidente la sévérité de la perturbation de cette sous-dimension.</p>
<p>Transcendance</p> <p>- Comment le patient parle-t-il de son besoin de connexion / de son besoin de lien avec son fondement existentiel ?</p> <p>- Est-ce que le lien avec son fondement existentiel est perturbé ? Si oui, ce lien est-il perturbé légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p> <p>- Le besoin de connexion / de lien avec son fondement existentiel est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p>	<p>Eléments d'analyse des perturbations de la sous-dimension de la Transcendance</p> <p>La sous dimension de la Transcendance est sévèrement perturbée.</p> <p>Commentaire sur l'analyse de cette sous-dimension. La discussion avec le stagiaire est courte car l'entretien montre de façon évidente la sévérité de la perturbation de cette sous-dimension. Le superviseur profite de montrer au stagiaire l'importance d'explorer cette sous-dimension et notamment l'état d'un lien à un fondement existentiel non relié à une appartenance religieuse.</p>
<p>Valeurs</p> <p>- Comment le patient parle-t-il de son besoin de reconnaissance des valeurs, c'est-à-dire que les soignants</p>	<p>Eléments d'analyse des perturbations de la sous-dimension des Valeurs (1 et 2)</p> <p>La sous dimension des Valeurs 1 est moyennement perturbée.</p> <p>Commentaire sur l'exploration de cette sous-dimension. La discussion avec le stagiaire</p>

<p><i>comprennent ce qui a du poids et/ou de l'importance dans son existence ?</i></p> <p><i>- Est-ce que la reconnaissance des valeurs est perturbée ? Si oui, cette reconnaissance est-elle perturbée légèrement, moyennement ou sévèrement ?</i></p> <p><i>- Le besoin de reconnaissance des valeurs est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</i></p> <p><i>- Comment le patient parle-t-il de son besoin de comprendre et d'être associé aux décisions et aux actions des soignants ?</i></p> <p><i>- Est-ce que le système de valeurs est perturbé ? Si oui, ce système de valeurs est-il perturbé légèrement, moyennement ou sévèrement ?</i></p> <p><i>- Le besoin de comprendre et d'être associé aux décisions et aux actions des soignants / de maintenir un contrôle est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</i></p>	<p><i>est longue, et porte sur le fait que Mme Z dit à la fois qu'elle a l'impression qu'elle ne pourra pas retrouver son équilibre global de vie et que d'autre part elle fait tout pour rentrer. Le superviseur invite le stagiaire à reprendre ses notes car ces dernières montrent bien la différence entre avoir un équilibre global de vie et être uniquement là pour s'occuper de son mari. Le stagiaire prend conscience de cette différence et du fait qu'actuellement, Mme Z ne peut pas envisager de réaménager un équilibre global de vie.</i></p> <p><i>La discussion se poursuit à propos du fait que cette sous dimension n'est pas perturbée pour Mme Z car elle ne lui accorde pas d'importance. Mais, le stagiaire et le superviseur sont d'accord pour dire que la méconnaissance par la communauté soignante (les médecins en particulier) d'éléments relatifs à Mme Z susceptibles de modifier la prise en charge perturbe moyennement cette sous dimension.</i></p> <p><i>La sous dimension des Valeurs 2 est moyennement perturbée.</i></p> <p><i>Commentaire sur l'exploration de cette sous-dimension. Le stagiaire et le superviseur discutent également sur la qualification de la perturbation de cette sous dimension des Valeurs 2. La discussion est plus rapide car cette sous dimension est perturbée du fait que Mme Z a des difficultés relativement aux trois éléments déterminant la relation médecin patient, à savoir la confiance dans le médecin, le fait d'être bien informée sur les traitements et une chronologie claire (les étapes) pour le temps d'hospitalisation.</i></p>
--	---

<p>Aspects psycho-sociaux de l'identité</p> <p>- Comment le patient parle-t-il de son besoin de maintenir sa singularité / son identité ?</p> <p>- Cette singularité / cette identité est-elle perturbée ? si oui, sa singularité / son identité est-elle perturbée légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p> <p>- Le besoin de maintenir sa singularité / son identité est-il couvert ou non couvert ? Si non, est-il non couvert légèrement, moyennement ou sévèrement ?</p>	<p>Eléments d'analyse des perturbations de la sous-dimension des Aspects psycho-sociaux de l'identité</p> <p>Cette sous-dimension est moyennement perturbée.</p> <p>Commentaire sur l'exploration de cette sous-dimension. Le superviseur explique au stagiaire que pour maintenir une singularité, il est nécessaire d'avoir des liens avec les membres d'une ou plusieurs communautés (familiale, sociale, ecclésiale, soignante, etc.). Mme Z a deux communautés de ce type, les membres de sa famille (fille, petite-fille, mari, voisine, etc.) et temporairement les membres de l'équipe soignante.</p> <p>Difficile, dans ce cas, d'évaluer l'impact de la perte des enfants sur cette singularité car Mme Z n'en parle pas. Le stagiaire et le superviseur font l'hypothèse que cette double perte a eu un effet sur l'image que Mme Z a d'elle-même.</p>

Tableau n° 18 : Administration du STIV / SDAT, cas de Mme Z, analyse de l'entretien

Temps n°3 : Gravité des perturbations / des besoins non couverts :

Perturbation / degré de non couverture du besoin	Sans perturbation / Besoin couvert	Perturbation légère / Besoin légèrement non couvert	Perturbation moyenne / Besoin moyennement non couvert	Perturbation sévère / Besoin sévèrement non couvert
---	---	--	--	--

<i>Perturbation sur la sous-dimension du sens / Besoins reliés à la sous-dimension du sens</i>				X
<i>Perturbation sur la sous-dimension de la transcendance / Besoins reliés à la sous-dimension de la transcendance</i>				X
<i>Perturbation sur la sous-dimension des valeurs 1 / Besoins reliés à la sous-dimension des valeurs 1</i>			X	
<i>Perturbation sur la sous-dimension des valeurs 2 / Besoins reliés à la sous-dimension des valeurs 2</i>			X	
<i>Perturbation sur la sous-dimension des aspects psychosociaux de l'identité / Besoins reliés des aspects psychosociaux de l'identité</i>			X	

Tableau n° 19 : Administration du STIV/SDAT, cas de Mme Z, récapitulatifs des perturbations

La conclusion de l'analyse est que Mme Z a une détresse spirituelle moyenne à sévère.

Temps n°4 : profil et (si possible) dynamique de la dimension spirituelle

Le profil de Mme Z est centré sur la sous dimension du Sens et peut être représenté par :



Commentaire sur l'exploration de cette sous-dimension : le superviseur est d'accord avec cette représentation du profil et de la dynamique interne à la dimension spirituelle, conforme à la théorie.

Mais Il explique au stagiaire, en vue de l'élaboration des recommandations, que l'on peut déduire de l'analyse qu'actuellement, la dynamique interne de la dimension spirituelle de Mme Z, symbolisée par les flèches qui relie le T avec le S ainsi que le V avec le S, est également perturbée. En effet, T est inactif et V est entre parenthèse pour ne pas interférer avec la prise en charge dans le but de rentrer plus vite à domicile. Donc la dimension spirituelle est sans dynamique actuellement, ce qui accentue la détresse spirituelle de Mme Z.

Temps n°5 : élaboration des recommandations

Les recommandations de type 1 et 2 ont pour but de contribuer au rétablissement du patient par une amélioration de sa dimension spirituelle.

Recommandation de type 1

Définition : Le premier type de recommandation propose un faire / une action en vue de couvrir un besoin non-couvert ou de réduire une perturbation sur l'une des sous dimensions de la dimension spirituelle, c'est la manière dont le modèle met de la « spiritualité dans les soins ».

Recommandation de type 1 pour Mme Z :

Pas de recommandation de type 1 pour Mme Z.

Commentaire sur cette absence de recommandation de type 1. Après discussion le stagiaire prend conscience que les conclusions de l'évaluation montrent que Mme Z ne peut retenir ni conseil ni suggestion, même avec une alliance qualifiée de bonne. Proposer une recommandation de type 1 est donc certainement vouée à l'échec.

Recommandation de type 2

Définition : Le deuxième type de recommandation propose un faire / une action sur des déterminants de la spiritualité qui sont extérieurs au patient (relation à la famille, etc.). C'est-à-dire par un moyen autre que le travail sur le corps (dimension somatique) et permettant de mobiliser les deux autres dimensions psychologique et sociale.

Recommandation de type 2 pour Mme Z :

Dans le but que les soignants apprennent à connaître Mme Z afin de sortir d'une prise en charge où Mme Z et les soignants considèrent avec une forme de distance un corps, celui de Mme Z, à réparer (à bricoler) le mieux possible et le plus rapidement possible pour que Mme Z puisse rentrer. Pour ce faire, que l'IDL prenne contact avec la fille et la petite-fille de Mme Z et leur demande de parler de leur mère et grand-mère afin d'avoir des informations sur qui est Mme Z, c'est-à-dire sa biographie et que les médecins prennent contact avec le médecin traitant de Mme Z et lui demander comment il la soigne et dans quelle mesure il serait prêt à venir pour discuter de la prise en charge avec eux et Mme Z.

Recommandation de type 3

Définition : Le troisième type de recommandation est différent des deux premiers. Ce type de recommandation propose un faire / une action centrée non sur le patient, mais sur la prise en charge / le projet thérapeutique du patient et les acteurs qui la/le définissent et la/le mettent en œuvre. Son but est de conserver au patient une autonomie comprise dans un sens particulier, dans ce contexte une sorte de droit à vivre une expérience de changement ou de transformation souvent difficile mais nécessaire à la suite de sa vie. En

d'autres termes, les recommandations de ce troisième type vise à mettre en question (en crise ?) le plan de soins / le projet thérapeutique déterminé et agit par l'équipe.

Après discussion, le stagiaire recommande :

- de considérer Mme Z comme une personne dont l'état de santé implique des remises en question difficile pour son équilibre global de vie

- qu'il est nécessaire, une fois des informations obtenues, d'organiser une rencontre en deux temps après que le médecin traitant de Mme Z a pris connaissance des traitements actuels. Un premier temps où médecin traitant, Mme Z, son mari, fille et petite fille se rencontrent à Sylvana sans les soignants de Sylvana dans le but que Mme Z soit confrontée au regard croisé et se connecte à elle-même. Un deuxième temps qui soit un réseau, organisé quelques jours après pour organiser la sortie de Mme Z et sa nouvelle vie à la maison.

Commentaire sur l'élaboration des recommandations. Après discussion le stagiaire a libellé lui-même les recommandations. Il les a présentées au superviseur et les deux les ont mis en forme en vue de leur présentation au colloque.

Synthèse communiquée au cours du colloque par le stagiaire

Point 1 : Première évaluation, entretien de 40 minutes, l'alliance est finalement d'abord mauvaise, puis s'améliore rapidement.

Point 2 : L'évaluation par le SDAT montre que :

- La sous-dimension du Sens est sévèrement perturbée,
- La sous-dimension de la Transcendance est sévèrement perturbée,
- La sous-dimension des Valeurs, V1 est moyennement perturbée et V2 est moyennement perturbée,
- La sous-dimension des aspects psycho-sociaux de l'identité est moyennement perturbée.

Mme Z souffre d'une détresse spirituelle moyenne à sévère.

Point 3 : Le profil est sur le Sens. La dynamique interne de la dimension spirituelle est actuellement stoppée, ce qui accentue la détresse spirituelle. Le profil, l'absence de dynamique interne dans la dimension spirituelle et les éléments qui sont à l'origine de la détresse spirituelle ont pour conséquence que Mme Z se réduit elle-même à un corps à réparer au plus vite pour qu'elle puisse rentrer pour s'occuper, tel une sorte de robot, de son mari.

Point 4 : Les recommandations sont les suivantes :

Recommandation de type 1

Pas de recommandation de ce type

Recommandations de type 2

- Que l'IDL prenne contact avec la fille et la petite-fille de Mme Z et leur demande de parler de leur mère et grand-mère afin d'avoir des informations sur la biographie de Mme Z et en fasse rapport au prochain colloque.
- Que les médecins prennent contact avec le médecin traitant de Mme Z, lui demande comment il la soigne habituellement (attitude, traitements, etc.) et en fasse rapport au prochain colloque.

Recommandation de type 3

- une fois en possession des informations (cf. recommandation 2), organiser une rencontre en deux temps. Un premier temps où médecin traitant, Mme Z, son mari, fille et petite fille se rencontrent seuls dans le but d'élargir le regard de Mme Z sur elle-même et la situation. Un deuxième temps, quelques jours après, pour organiser la sortie de Mme Z et sa nouvelle vie à la maison.

Observation de l'aumônier praticien chercheur suite à l'énoncé des recommandations

Observation n°1

La cheffe de clinique (CDC), la physiothérapeute, l'ergothérapeute et l'IDL notent quelque chose sur leur papier, l'infirmière et le médecin assistant ne notent rien, ils font des signes d'assentiment de la tête. La CDC semble dans une réflexion intense et a, selon l'expression, le regard tourné vers l'intérieur.

Observation n° 2

Une fois les recommandations énoncées, l'ergothérapeute intervient et dit qu'elle ressent la même chose que le stagiaire et qu'elle est d'accord avec le plan proposé. L'infirmière de liaison prend alors la parole pour dire qu'elle téléphonera volontiers aux membres de la famille et qu'il lui semble possible de faire venir le mari au CUTR. Le médecin assistant dit qu'il a déjà tenté une fois de joindre le médecin traitant de Mme Z à propos du changement de traitement pour le diabète, mais il va essayer encore et lui demander s'il est d'accord avec le plan proposé. L'infirmière dit qu'elle voit assez régulièrement la petite-fille et qu'elle lui posera la question de sa présence aux rencontres.

La CDC semble dépassée par l'ensemble de ces interventions et attend que chacun se soit exprimé. Elle se tourne vers le stagiaire et lui demande de réexpliquer sa recommandation. Avant que le stagiaire ait pu s'exprimer, la physiothérapeute prend la parole et explique ce qu'elle a compris à la CDC. Cette dernière regarde à nouveau les intervenants et semble interdite. Le stagiaire reprend la parole et explique à nouveau sa recommandation et redit l'argumentaire. Il suit les recommandations du superviseur, à savoir de ne commenter que ce qui est écrit sur sa feuille.

La CDC tourne et retourne sa feuille de recueil de données et semble encore plus perplexe. Elle finit par demander si elle a bien compris que la première rencontre se ferait au CUTR mais sans elle (sans doute a-t-elle de la difficulté à concevoir qu'elle ne participe pas à un temps de « soins » de Mme Z alors qu'elle est « sa » médecin dans l'hôpital) ? Le stagiaire approuve et réexplique pour la troisième fois sa recommandation.

La CDC demande alors si l'ensemble des intervenants approuve cette stratégie et est d'accord de la mettre en œuvre. Devant l'unanimité elle demande à l'IDL d'organiser les deux rencontres.

Evaluation de l'effet des recommandations de type 3 sur le projet thérapeutique de Mme Z et discussion

Critère n°1 : les acteurs autres que les médecins présents au CI sortent de leur rôle habituel de simples « pourvoyeurs d'informations » et se donnent la permission d'interpréter les données issues de leur silo disciplinaire

Dans cette situation, l'aumônier praticien chercheur observe que l'ensemble des acteurs sortent de leur rôle habituel. De plus, ils ont une réaction unanime, tous sont d'accord avec la recommandation du stagiaire et souhaite participer à sa réalisation.

Critère n°2 : des tensions entre les divers acteurs émergent quant à leur vision de la prise en charge et du plan de soins

L'aumônier praticien chercheur n'observe pas de tension entre différentes visions car les acteurs de soins se rallient aux étapes proposées. Une tension se fait sentir aussi longtemps que la CDC n'a pas donné son accord à cette suite inhabituelle de la prise en charge (la médecin absente d'une discussion importante avec la patiente).

Critère n°3 : lors du CI, le chef de clinique ne prend pas de décisions sur l'avenir du patient seulement à partir de sa situation somatique et/ou fonctionnelle

Dans cette situation, l'aumônier praticien chercheur observe que la CDC demande deux fois de se faire réexpliquer la recommandation du stagiaire (qui l'explique finalement trois fois) avant de solliciter, sous la pression des autres intervenants, l'IDL pour organiser les rencontres. Elle ne fait aucun commentaire hormis le fait de confirmer qu'elle veut encore réfléchir au fait de ne pas être présente dans le premier temps de la rencontre.

Discussion

La recommandation de type 3 énoncée par le stagiaire dans cette situation a donc eu deux effets. Le premier a été de libérer la parole des autres acteurs du CI qui ont tous approuvé la proposition contenue dans la recommandation du stagiaire aumônier en y apportant leur concours. Le deuxième a été de déplacer la CDC, voire de la déposséder de la possibilité de faire une synthèse du tour de table et d'émettre elle-même une proposition pour la prise en charge de Mme Z. Le projet thérapeutique est comme récupéré par l'équipe suite

à la recommandation du stagiaire aumônier. Pourtant elle seule à la possibilité de demander à l'IDL d'organiser les rencontres, elle conserve donc sa responsabilité dans le processus.

Suite du tour : Infirmière de liaison : confirme qu'elle organisera la suite selon ce qui a été prévu, en nommant les rencontres successives de manière à se faire comprendre des autres membres de la communauté soignante. La CDC n'ajoute rien et annonce la prochaine patiente

Catamnèse

Le superviseur suggère que l'IDL et le stagiaire se rendent ensemble chez Mme Z pour lui annoncer ce plan en disant bien qu'il ne rallongera pas son hospitalisation, que sa fille et petite fille restent libres d'accepter ou de refuser, et qu'il est normal que son médecin traitant se déplace pour cette rencontre et un réseau. Après quelques hésitations Mme Z accepte la proposition.

Pourtant, le superviseur est sollicité par la médecin cadre (supérieure de la CDC) le lendemain pour réexpliquer cette proposition devant elle et la CDC. Cette dernière souhaite participer à l'ensemble des rencontres. Le superviseur argumente et finalement, il est décidé de demander à Mme Z ce qu'elle en pense. Mme Z acquiesce et la CDC est présente aux divers temps de la rencontre. Le superviseur lui demande, revenant sur les résultats de l'évaluation de la dimension spirituelle, de ne pas intervenir dans le premier temps. La CDC est d'accord, mais formule cette remarque : « heureusement que nous ne faisons pas cela pour tous les patients, on ne s'en sortirait pas ! ».

La médecin cadre demande au superviseur de présider les temps de la rencontre. Le superviseur accepte et convient avec la CDC d'un signe s'il considère qu'elle induit (remarques, etc.) une dynamique allant dans le sens d'un renforcement de la situation de Mme Z (c'est-à-dire un sens négatif).

Les temps de la rencontre se déroulent selon le timing prévu et le résultat est que le mari de Mme Z lui demande de prendre tout le temps nécessaire pour se remettre : « comme il faut ». Mme Z sort un mois plus tard avec de l'aide renforcée pour elle et son mari.

7.2.7. Synthèse des effets observés suite à l'énoncé des recommandations

Synthèse des effets observés lors de l'énoncé d'une recommandation de type 3 dans le CI en fonction des observations faites par le superviseur lors des CI auxquels ont participé les stagiaires.

Critère n°1 : les acteurs autres que les médecins présents au CI sortent de leur rôle habituel de simples « pourvoyeurs d'informations » et se donnent la permission d'interpréter les données issues de leur silo disciplinaire

Dans les trois études de cas, les acteurs de soins non médecin sortent de leur rôle habituel dans le CI. Mais l'analyse fine des trois cas ne montre pas une nouvelle interprétation formalisée des données disciplinaires de ces différents acteurs. Leurs avis et éventuelles suggestions sont fondés sur leur perception globale de la situation et sur leur vécu avec le patient et/ou ses proches. Dans aucune des études de cas, les données issues de leur silo disciplinaire ne sont utilisées pour faire un pronostic à partir d'une analyse qui mettrait en lien la perception du patient de ses capacités, les résultats des mesures effectuées à l'aide d'un instrument dans une discipline et les autres évaluations présentées au CI. Le fait qu'un stagiaire en accompagnement spirituel présente ce type de discours n'a pas incité, même de manière spontanée, un des professionnels non médecin à le tenter pour étayer ou renforcer sa position ou sa vision dans le CI. Autrement dit, il n'y a pas eu de forme de contamination.

La première partie de ce critère est bien vérifiée par l'étude des trois cas, mais pas la deuxième.

Critère n°2 : des tensions entre les divers acteurs émergent quant à leur vision de la prise en charge et du plan de soins

Dans les trois études de cas, l'énoncé des recommandations provoquent des tensions. Ces tensions sont de deux types. Le premier type de tension n'est pas prévu dans l'énoncé de ce critère n°2. Il s'agit des tensions, intérieures, vécues par les trois CDC et rendues visibles par leurs réactions. En effet, l'exposé des recommandations de type 3 génèrent chaque fois un important stress chez eux. Aucun des trois CDC ne peut acquiescer, discuter, se positionner ou simplement accueillir ce qui est nommé par les stagiaires. Un deuxième type de tension est celle qui se manifeste entre les acteurs de soins présents au CI au moment de la discussion des

propositions contenues dans les recommandations des stagiaires et, conséquemment, lorsque des visions divergentes sur l'avenir des patients s'affrontent.

Ce critère n°2 est donc vérifié et les observations permettent d'y ajouter un élément nouveau.

Critère n°3 : lors du CI, le chef de clinique ne prend pas de décisions sur l'avenir du patient seulement à partir de sa situation somatique et/ou fonctionnelle

Dans les trois cas présentés, et même si ce n'est jamais à partir d'une intégration, même partielle, du contenu des recommandations faites par le stagiaire, les trois CDC prennent effectivement des décisions sur la suite de la prise en charge à partir de critères plus larges que ceux issus de l'état somatique et/ou fonctionnel du patient. En fait, l'énoncé d'une recommandation de type 3 et le processus communicationnel généré dans le CI a conduit le CDC à conclure le tour de groupe d'une manière différente. Le CDC prend la décision de ne pas décider, mais de reprendre la situation avec les médecins cadre et de rediscuter/renégocier les propositions avec le superviseur et les stagiaires.

Ce critère n°3 est donc vérifié.

7.2.8. Discussion des résultats du protocole n°1

Cette discussion est une tentative d'expliquer les résultats du protocole n°1 en lien avec la définition de l'efficacité du modèle STIV/SDAT et le modèle intégré et interdisciplinaire.

Reprise du critère n°1

Deux raisons peuvent expliquer le fait que ce critère ait sa première partie vérifiée. La première est que l'intégration de la dimension spirituelle dans l'évaluation globale du patient augmente les déterminants de la prise en charge en réadaptation gériatrique. La deuxième est que l'énoncé des recommandations de type 3 délivre une permission aux professionnels non médecin de donner un avis sur les propositions contenues dans ces recommandations, sur la prise en charge du patient ainsi que sur son devenir. Cette permission est assimilable d'une part à un droit de penser et d'autre part à un droit de formuler des avis et des suggestions. Or, même si la gestion

du temps exigée par les responsables du Service met habituellement un sérieux frein au désir des professionnels non médecin de discuter du devenir des patients, les règles d'organisation du CI ne mentionnent aucune interdiction de poser des questions sur la prise en charge d'un patient, de donner un avis ou de faire des suggestions. L'autorisation d'énoncer des recommandations à partir de l'évaluation de la dimension spirituelle du patient crée donc (dans ces trois études de cas) un autre processus / une autre dynamique dans les échanges à l'intérieur du CI. Par ailleurs, si ce type d'échange est qualifié habituellement de digression, à aucun moment les responsables du CI (les trois CDC, un homme et deux femmes) n'expriment ou ne manifestent le fait que les membres du CI sont en train de perdre du temps.

Deux raisons peuvent expliquer le fait que ce premier critère ait sa deuxième partie non vérifiée. Premièrement les outils d'évaluation utilisés par les professionnels non médecin participants au CI concernent uniquement la dimension somatique du patient et plus précisément son indépendance fonctionnelle. Il est donc difficile de mettre en lien des données issues d'instruments de ce type avec une vision du devenir du patient ou plus simplement une prise en charge globale. Deuxièmement, aucune formation ni aucun entraînement à ce type de raisonnement clinique n'existe dans la formation de base des professionnels non médecin, et cette expertise n'est que rarement sollicitée lors des prises en charge habituelle en réadaptation gériatrique.

Reprise du critère n°2

Deux raisons peuvent expliquer le stress des trois CDC à l'énoncé des recommandations.⁵² Premièrement, le rôle du médecin dans les institutions de soin a pour conséquence qu'il est très souvent le seul habilité à penser le type de projet thérapeutique que l'équipe de soin va mettre en œuvre pour le patient. Expliquer et parfois discuter de ce projet thérapeutique avec le patient et/ou ses proches est aujourd'hui bien intégré dans la routine clinique. Par contre, être face à des propositions qui confrontent le projet thérapeutique à partir de l'analyse d'une dimension non somatique est totalement inhabituel, ce qui peut provoquer un stress important et expliquer les

⁵² Le stress des trois CDC s'exprime différemment selon les situations. Par exemple, le fait que, dans le cas de Mme X, le CDC casse l'ordre habituel du CI est, dans ce contexte, un signe évident de stress.

comportements des trois CDC. En d'autres termes, dans l'hôpital, le médecin incarne le projet thérapeutique et sa confrontation est ressentie comme une confrontation de son rôle même, ce qui génère un stress et des réactions étonnantes. De ce point de vue, il est significatif que les médecins assistants, qui ne sont pas en charge du colloque mais participent à la définition du projet de soin en tant que médecin, ne manifestent rien et ne participent pas aux discussions (sauf sur sollicitation du CDC dans un des cas). Deuxièmement, si les trois CDC ont une expérience et une expertise pour relier des troubles somatiques avec une baisse des capacités fonctionnelles chez des patients âgés, ils n'ont ni formation ni entraînement particuliers pour intégrer dans le projet thérapeutique des éléments et des propositions tels que ceux qui contenus dans une recommandation de type 3.

Une raison peut expliquer les tensions entre les acteurs de soins présents au CI lors des discussions qui suivent l'énoncé des recommandations. Si ce type de recommandation donne une permission de confronter le projet thérapeutique pensé par le CDC, de réfléchir des alternatives et libère la parole, alors il est raisonnable de penser que le processus de confrontation se poursuive et génère finalement des tensions entre les acteurs de soins.

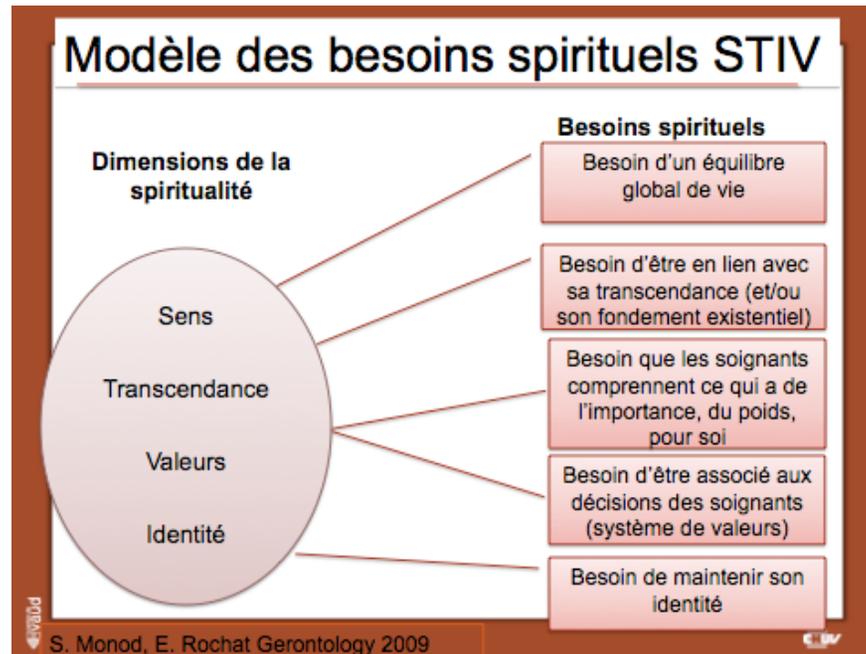
Reprise du critère n°3

Une raison peut expliquer le type de décisions et la manière dont ces dernières ont été prises par les CDC dans les trois cas présentés. Dans l'organisation du CI, le CDC conclut le tour de groupe effectué pour chaque patient par une décision concernant le projet et le délai. L'irruption d'éléments d'une nature différente oblige à une forme de décentrement ou encore de déplacement. L'énoncé des recommandations de type 3 a donc pour conséquence de déplacer les CDC et les conduit à poser un autre regard sur ces situations. Il est intéressant de constater que ce déplacement ajouté au stress manifesté a pour effet une forme de fragilisation de leur pouvoir qui les amène, dans les trois situations, à solliciter l'aide des médecins cadre.

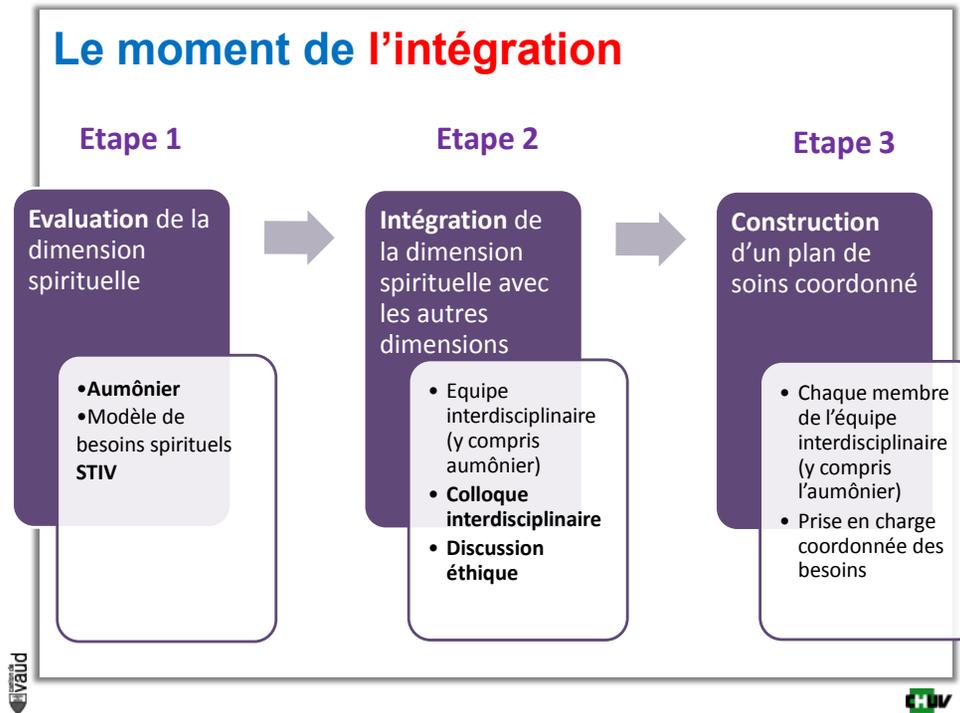
7.2.9. Conclusion du protocole n°1, une mise à l'épreuve du modèle

Dans le Chapitre 5 de ce DThP (cf. Partie 2, Chapitre 5, 106), l'aumônier praticien chercheur écrit que le but de l'emploi du modèle STIV / SDAT est de : « générer un discours à partir d'une analyse de la dimension spirituelle d'un patient âgé hospitalisé en

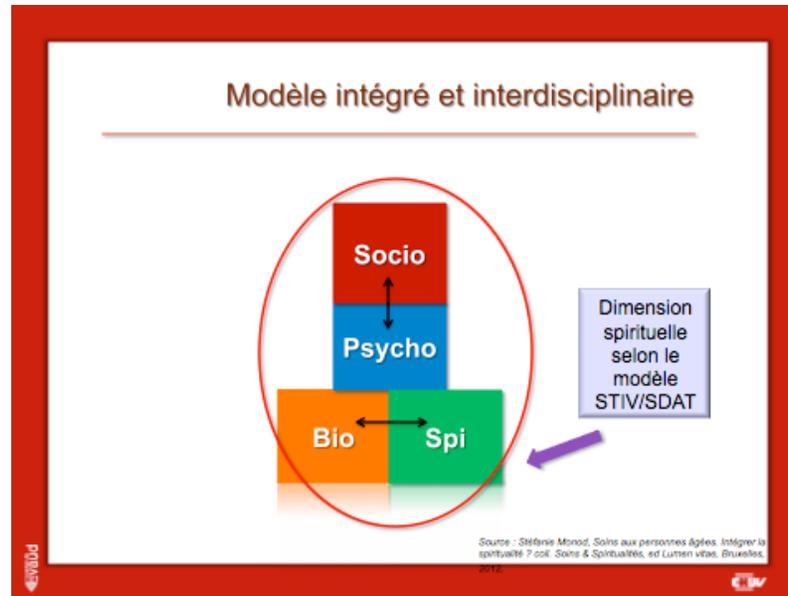
réadaptation gériatrique qui puisse questionner les buts du projet thérapeutique basé sur le discours médical ». Ce modèle est-il capable de produire ce que l'on attend de lui ? Les trois études de cas sont-elles une forme réussie de mise à l'épreuve du modèle ? Pour répondre à cette question, il est nécessaire de montrer que les trois études de cas illustrent bien les trois étapes principales présentées au début du Chapitre 6 :



Etape 1 : utilisation du modèle STIV / SDAT pour évaluer la dimension spirituelle du patient (figure 17)



Etape 2 : utilisation du modèle STIV / SDAT dans une prise en charge interdisciplinaire (figure 16)



Etape 3 : utilisation du modèle intégré et interdisciplinaire (figure 19)

Les discussions qui suivent l'énoncé des recommandations de type 3 mettent effectivement en jeu les quatre dimensions du modèle intégré et interdisciplinaire. De plus, il est facile d'observer que c'est de la confrontation entre les dimensions somatopsychique et spirituelle qu'émerge la reconnaissance de l'importance des dimensions psychologique et sociale dans le projet thérapeutique.

Etape 3 : construction du plan de soin

L'étude de ces trois cas montre que cette construction n'est pas (pour l'ensemble des raisons évoquées ci-dessus) une étape naturelle et tranquille ! ⁵³ Trois constats principaux peuvent être faits. Une recommandation de type 3 ne change ni la structure ni les buts du CI.

⁵³ Aucune généralisation possible à ce stade !

De même elle ne transforme pas la responsabilité des acteurs et ne définit ni directement ni concrètement la suite de la prise en charge d'un patient, mais elle provoque une crise dans cette prise en charge, un déplacement des CDC et un questionnement du projet thérapeutique. Dans la reprise du projet thérapeutique, la manière dont les dimensions psychologique et sociale sont mobilisées change. Premièrement, elles ne sont plus instrumentalisées par un projet basé uniquement sur le rétablissement du corps, et deuxièmement l'analyse des résultats obtenus lors de leur mobilisation peut réinterroger les dimensions somatique et spirituelle. Autrement dit, sans toucher à la structure institutionnelle, l'utilisation simultanée du modèle intégré et interdisciplinaire et du modèle STIV/SDAT peut induire l'élaboration d'un projet thérapeutique qui prend en compte une forme effective et originale de la globalité du patient.

La question de départ n'était pas de savoir si le modèle STIV / SDAT pouvait générer à chaque utilisation un discours capable de questionner les buts du projet thérapeutique basé sur le discours médical, mais bien de savoir si ce cas de figure pouvait se réaliser. Les trois études de cas présentées, même si elles n'autorisent aucune généralisation, permettent de répondre par l'affirmative à la question posée.

Partie 3 : Résultats des tests

Chapitre 8 : Résultats du protocole n°2

8.1. Résultats protocole n° 2

8.1.1. Rappel du titre

Analyse du vécu professionnel de trois aumôniers expérimentés ayant fait un stage expérimental de cinq semaines d'apprentissage du modèle STIV / SDAT au CUTR de Sylvana intitulé : « stage de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT ».

8.1.2. Rappel du but de l'étude

Analyser le vécu professionnel de trois aumôniers ayant participé au « stage de formation à l'utilisation du modèle STIV et de l'outil SDAT ».

8.1.3. Eléments de la méthode

8.1.3.1. Définitions des cinq critères

Comme indiqué dans le descriptif remis au début du stage, les temps de reprise personnelle sont des temps destinés à évaluer ce qui est reçu, ce qui se fait et ce qui est vécu au cours du stage. Autrement dit chaque aumônier stagiaire est invité à rendre compte :

- de l'impact que le stage a sur lui et sur ce qu'il fait,
- des éléments qu'il s'approprie (avec un commentaire éventuel sur l'accessibilité et sur l'intelligibilité des contenus et des processus du stage),
- de la complication et/ou de la simplification qu'il constate vis-à-vis du travail dans le stage en comparaison avec le travail habituel,
- de la progression dans l'apprentissage du modèle STIV / SDAT,
- de l'état dans lequel il se trouve (physique et psychique).

Ces journaux seront lus par le théologien praticien chercheur et le vécu professionnel de chaque stagiaire fera l'objet d'une synthèse en fonction de ces cinq critères. Puis un synoptique des trois synthèses sera réalisé afin de constater s'il est possible de discerner des similitudes dans les expériences des aumôniers stagiaires.

8.1.3.2. Analyse des journaux des stagiaires

Concrètement, l'aumônier praticien chercheur a relu et annoté l'ensemble des indications inscrites dans les trois journaux des stagiaires. Il a codé chaque item par sa première lettre, soit I pour impact, A pour appropriation, C pour complication, F pour facilitation, P pour progression et E pour état, et a indiqué le nombre d'occurrences par critère, soit de O_1 à O_n . Comme deux des trois stagiaires n'ont pas toujours mis en lien les éléments repris avec les bons critères, cette codification n'est pas un simple comptage des occurrences, mais un classement fait par l'aumônier praticien chercheur en fonction de la définition de chaque critère. Dans la présentation des journaux, les éléments entre « » sont des citations. L'aumônier praticien chercheur a renoncé à publier les listes complètes des items dans les présentations des journaux.

8.1.4. Présentation et analyse du journal du stagiaire A

8.1.4.1. Deux caractéristiques du stagiaire A

Le stagiaire A est un homme de plus de 50 ans de langue maternelle allemande. Il est aumônier dans les hôpitaux du canton de Vaud depuis plus de cinq ans et a suivi deux stages de type CPT. (cf. Partie 2, Chapitre 6, 153)

8.1.4.2. Présentation générale du journal

Le journal compte 13 pages format A4 (orientation portrait) ainsi que sept pages de schémas explicitant sa compréhension de la théorie exposée ainsi que sa démarche d'appropriation des éléments enseignés au cours du stage. Le journal suit la chronologie du stage (chaque page indique le numéro du « temps de reprise personnelle » ainsi que les dates correspondantes) et se présente comme une succession de courts paragraphes. Chaque paragraphe porte comme titre l'un des cinq critères proposés.

8.1.4.3. Impacts que le stage a sur lui et sur ce qu'il fait

L'aumônier praticien chercheur a relevé 11 impacts dans le journal de ce stagiaire. Ces impacts sont également répartis durant le stage. Au démarrage du stage, après que sont données les informations sur son déroulement, deux indications indiquent que le stagiaire pense qu'il sera impacté sur le « ressenti du comment je vis mon rôle d'aumônier » et sur la « notion de spiritualité ».

Au début du stage, les impacts se situent à deux niveaux, celui de la vision de la démarche proposée comme celle d'un « travail fragmentaire » et de ne pas voir d'« ensemble cohérent » et de celui d'un « déplacement intérieur » que provoque les premières analyses des entretiens avec des patients. Ces analyses révèlent aux stagiaires des attitudes et des manières de faire nouvelles pour lui, ainsi que le « choc » de devoir rendre compte des entretiens à une équipe interdisciplinaire.

Au milieu du stage, les impacts montrent une résistance moindre à l'utilisation du modèle STIV / SDAT enseigné, notamment lorsque le stagiaire peut observer la pratique du superviseur. Il décrit plusieurs prises de conscience sur une « place différente » dans l'équipe interdisciplinaire à cause des découvertes sur les notions de « responsabilité » et d'« autorité ». De plus, le stagiaire décrit un changement imprévu dans sa manière de se tenir dans les couloirs disant « je suis debout dans mon corps : je me sens autre et je marche différemment ».

A la fin du stage, les impacts portent sur les liens entre le rôle et la personne suite au choc ressenti lors d'un enseignement sur le fait que la personne habite « un rôle et n'est pas réductible ce qu'elle fait », ainsi que sur l'élargissement du regard sur les patients âgés et sur « la vulnérabilité du grand âge ».

8.1.4.4. Appropriation

La stagiaire A indique 15 appropriations dans son journal. Ces appropriations sont également réparties durant le stage.

Au démarrage du stage, le stagiaire indique son « intention de se mettre dans l'habit de cet instrument d'évaluation », autrement dit il veut se donner les moyens nécessaires pour utiliser le modèle STIV / SDAT.

Au début du stage, le stagiaire rapporte que, même impressionné par l'agir du superviseur, il décrit son apprentissage des étapes et des buts de cet agir nouveau : « il me faut analyser et maintenant comment formuler que ça fasse une synthèse intelligible [...] ».

Du milieu du stage à la fin du stage, le stagiaire se concentre sur la compréhension de la structure et son application : « la reprise de ce matin du cadre interprétatif : me fait à nouveau comprendre l'ensemble de l'approche : que je reprends en ses 3 pôles : [...] ». Il découvre « le côté formel de la structure qui est aidant pour la communication ». Le stagiaire indique aussi de manière plus détaillée les éléments du modèle qu'il apprend à utiliser, comme par exemples l'entretien semi-structuré, le lien entre les sous-dimensions du modèle : « la proximité des sous-dimensions SENS et VALEURS – le lien !!! J'ai ressenti (vu) cela extrêmement fort aujourd'hui » et le libellé des recommandations. Le stagiaire propose enfin une appropriation : il écrit : « Développer une démarche intelligible qui a comme but d'aller à la rencontre de l'humain dans ses interrogations et perturbations provoquées par l'hospitalisation » et sept pages de schémas reproduisant une systématisation de son expérience et de ce qu'il a compris des enseignements donnés tout au long du stage.

8.1.4.5. Complication et/ou simplification

Le stagiaire A indique 5 complications dans son journal et aucune simplification. Ces complications sont également réparties durant le stage.

Au démarrage du stage, le stagiaire craint que l'un des buts du modèle, à savoir développer un discours sur le patient qui confronte celui des médecins, ne « complique l'exercice de son rôle (en quelque sorte une crainte) ». Il y voit aussi une chance d'apprendre à « confronter dans la bienveillance ».

Dans l'ensemble du stage, le stagiaire décrit les complications comme les difficultés qu'il rencontre au cours de l'apprentissage du modèle : « l'utilisation de la fiche « patient – SDAT » avec l'ensemble des données à recueillir / à saisir : je suis néophyte et dois me l'approprier – il me faut du temps de me familiariser avec ! ». Une seule complication fait référence à la manière habituelle de travailler du stagiaire en mentionnant que sa pratique du modèle STIV / SDAT a des limites : « [...] je fais encore trop de lien avec le côté ressources du patient ; me focaliser sur le « vide » soit vraiment sur la perturbation me coûte ». Cette complication fait écho à une

question posée dans le journal au début du stage : « en quoi la prise en charge du patient s’améliore au travers de l’application de cet outil qui rend attentif à la détresse (aux manques...) ? ».

8.1.4.6. Progression dans l’apprentissage du modèle

Le stagiaire A indique 7 progressions dans son journal. Ces progressions sont également réparties durant le stage.

Au démarrage du stage, le stagiaire indique qu’il pense qu’il va se déplacer : « je ne serai plus au même endroit comme aujourd’hui ? ». Il se pose la question de savoir si ce déplacement sera une progression.

Dans l’ensemble du stage, le stagiaire décrit une seule fois une progression reliée au contenu : « [...] la compréhension de la démarche avance, progresse (peut-être ?) – mais ça reste théorique ». Les autres mentions se rapportent toutes à la manière dont le stagiaire se voit progresser, à savoir de façon lente : « Je tâtonne et me lance doucement. » ; « Mon apprentissage est lent [...] » ; « je constate une relative progression plutôt lente – je le sens mais comment le nommer ? ». Il conclut : « c’est l’avenir de la clinique qui démontrera le progrès ».

8.1.4.7. Etat dans lequel il se trouve (physique et psychique)

Le stagiaire A indique 9 états dans son journal. Ces descriptions d’états sont également réparties durant le stage.

Au démarrage du stage, le stagiaire ne mentionne aucun état particulier.

Dans l’ensemble du stage, le stagiaire décrit principalement les états émotionnels divers provoqués par le vécu du stage comme la satisfaction, de la stimulation, « de la trouille » [ndlr la peur] et du plaisir. D’autres états sont plus connotés psychiquement comme la fascination et l’admiration ainsi que la frustration et de la fatigue.

8.1.4.8. Analyse du journal du stagiaire A

Le journal de ce stagiaire comporte un nombre important de paragraphes dont le contenu ne correspond à aucun des critères proposés pour structurer les notes des stagiaires. Il s’agit principalement d’observations qui commentent le déroulement même du stage ; exemple : « la visite médicale » effectuée avec les médecins de l’étage où le stagiaire est affecté. Le contenu du journal du stagiaire A

est donc très riche. Il témoigne du fait que ce stagiaire n'a pas simplement souhaiter apprendre un ensemble de techniques, mais qu'il a aussi pris le temps d'analyser son vécu personnel et qu'il s'est posé beaucoup de questions sur ce qui est en train de se passer pour lui et pour les patients au cours du stage.

Ce qui précède explique que le stagiaire A utilise :

- Le critère « impact » pour décrire les « chocs » que provoquent ce qui est nouveau pour lui dans le stage. Le journal du stagiaire A montre qu'une majorité des impacts sont des prises de conscience que le stage provoque. Soit ces dernières portent sur son identité pastorale (exemple : lien entre spiritualité et religion), soit elles concernent des conséquences de l'utilisation du modèle STIV / SDAT (exemple : nouvelle manière de considérer le terme de responsabilité).
- Le critère « appropriation » pour décrire le degré de compréhension et d'assimilation des éléments du modèle STIV / SDAT au cours du stage.
- Le critère « complication / simplification » n'est pas utilisé comme un comparatif entre une manière habituelle et une manière nouvelle d'exercer, mais pour décrire les difficultés de l'apprentissage auxquelles il est confronté au cours du stage. Le journal contient une seule comparaison entre une manière habituelle de pratiquer l'aumônerie hospitalière et la manière induite par l'utilisation du modèle STIV / SDAT.
- Le critère « progression » ne décrit pas en quoi le stagiaire progresse, mais bien comment il progresse.
- Le critère « état » est utilisé, comme prévu, pour nommer ses émotions et plus globalement comment il se sent.

En synthèse, le stagiaire A utilise ce journal pour nommer ce qu'il a vécu dans l'apprentissage et l'expérimentation du modèle STIV / SDAT, et pour montrer sa compréhension du fonctionnement et des éléments théoriques de ce modèle.

8.1.4.9. Analyse du vécu professionnel du stagiaire A

Cette analyse du vécu professionnel est faite à partir des éléments que les cinq critères du journal ont permis de mettre en évidence. De plus, cette analyse s'attache à repérer ce qui entre dans le cadre de l' « évaluation du modèle par autrui ».

Le vécu professionnel du stagiaire A est focalisé sur lui en tant qu'aumônier mis au défi d'apprendre un modèle d'évaluation. Ce stagiaire est d'ailleurs capable de proposer une formulation qui montre qu'il a bien assimilé le but et le fonctionnement du modèle, mais il ne mentionne jamais les interactions avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire.

Le journal ne comprend aucune critique du modèle, et donc aucun élément susceptible de servir à sa révision. Il n'y a pas non plus d'élément qui pourrait faire penser que le modèle est incompréhensible ou inapplicable.

Le stagiaire A ne fait aucune allusion à une professionnalisation de l'aumônier par le moyen de cet apprentissage (et donc aucune comparaison avec d'autres connaissances ou compétences acquises précédemment).

Le stagiaire A démontre sa compréhension des éléments théoriques du modèle, mais ne propose aucune réflexion critique ni sur la manière de conceptualiser la dimension spirituelle, ni sur l'intérêt de pratiquer son évaluation et pas non plus sur la posture de l'aumônier dans l'hôpital que cette démarche implique.

8.1.5. Analyse du journal de la stagiaire B

8.1.5.1. Deux caractéristiques de la stagiaire B

La stagiaire A est une femme de plus de 45 ans de langue maternelle française. Elle est aumônier au CHUV depuis plus de 10 ans et a suivi trois stages de type CPT (cf. Partie 2, Chapitre 6, 153) puis deux stages en tant que superviseuse en formation.

8.1.5.2. Présentation générale du journal

Le journal compte 13 pages format A4 (orientation portrait). Il se présente comme une succession de courts paragraphes. Chaque paragraphe porte comme titre l'un des cinq critères proposés. Il n'y a aucune indication de chronologie, mis à part pour les deux premiers jours de stage.

Cette absence de repère chronologique change la structure du rapport et la manière de citer de l'aumônier praticien chercheur.

8.1.5.3. Impacts que le stage a sur elle et sur ce qu'elle fait

L'aumônier praticien chercheur a relevé 16 impacts. Ces impacts sont également répartis dans le journal.

Au démarrage du stage, après que sont données les informations sur son déroulement, deux impacts indiquent une réflexion sur le positionnement dans l'institution de santé ; exemple : « suis-je au service du projet de soin ou du patient ? »

Au début du journal, les impacts sont plutôt d'ordre organisationnel, c'est-à-dire que cette stagiaire constate que l'organisation de son travail va être changée du fait de sa participation au colloque interdisciplinaire et du fait que, pour certains patients, elle devra transmettre une évaluation et des recommandations ; exemple : « la semaine prochaine sera plus confrontante puisque déjà je devrai entrer en action au colloque ».

Au milieu du journal, les impacts proviennent d'une manière différente de travailler et signalent ces limites. Elle constate des différences entre les stagiaires sur la capacité de mettre en œuvre le modèle et mentionne ses « difficultés à communiquer aux autres les résultats de son travail d'analyse ». Il est aussi nécessaire de se situer comme membre de l'équipe interdisciplinaire, comprendre le langage des autres (des médecins notamment), de poser des questions et de répondre aux questions sur son propre discours sur le patient.

A la fin du journal, les impacts sont plus explicitement centrés sur le fait de devoir apprendre à communiquer aux autres professionnels de santé et d'avoir une forme de reconnaissance et de responsabilité qui porte sur ce qui est dit du patient; exemple : « [...] ma parole est écoutée et a du poids [...]. ».

8.1.5.4. Appropriation

La stagiaire B indique 18 appropriations dans son journal. Ces appropriations sont également réparties dans le journal.

Au démarrage du stage, les appropriations portent sur les découvertes et l'apprentissage des concepts de base du modèle et de son utilisation ; exemple « [...] je suis sensible au terme d'alliance. ». Elles portent aussi sur les termes qui qualifient le vécu d'aumôniers confrontés à de nouvelles exigences, exemple « [...] les termes de déplacement, de changement de point de vue, d'émergence de

quelque chose que je ne percevais pas ou que je ne cherchais pas et que je trouve me permettront une forme de recul pour voir le chemin parcouru ou non ».

Au début du journal, les appropriations portent sur l'apprentissage de l'analyse du récit du patient, de la manière de conduire un entretien semi-structuré ; exemple « [...] j'ai été attentive lors d'une visite à ce que l'équilibre entre écoute centrée sur la personne et questions dirigées puissent se marier au mieux. ».

Au milieu du journal, les appropriations portent sur les fruits de l'apprentissage lors de la supervision directe ; exemple « Le fait qu'Etienne [superviseur] soit présent dans les visites me permet de mettre les mots en lien avec le contenu de ce que le patient a dit, ce qui est bénéfique et important. J'apprends en faisant avec et comme lui [superviseur] avant d'agrémenter avec mes formules. ». Les appropriations portent aussi sur une forme d'intégration du jargon propre au modèle STIV / SDAT ; exemple « [...] Je remarque que ce qui au niveau de T [sous dimension de la transcendance] me fait « suer » ».

A la fin du journal, les appropriations portent sur les fruits de l'expérience acquise, elles font partie d'une manière de tirer un bilan du stage ; exemple « J'ai eu du plaisir à faire cette analyse suite à l'écoute et à l'observation, et à proposer une recommandation. ».

8.1.5.5. Complication et/ou simplification

Le journal de la stagiaire B ne donne pas d'indication sur des complications ou simplifications par rapport à une autre manière d'exercer le rôle d'aumônier.

8.1.5.6. Progression dans l'apprentissage du modèle

La stagiaire B indique 5 progressions dans son journal. Ces progressions sont également réparties dans le journal.

Au début du journal, les indications de progression sont rares. La stagiaire B rapporte plutôt des difficultés de compréhension et d'apprentissage du modèle STIV / SDAT ; exemple « je me suis sentie un peu moins gauche en posant ces questions avec une formulation que je cherche encore ».

Dans les autres parties du journal, les indications indiquent une progression facilitée ; exemple « Quelque chose devient plus simple pour moi dans le rapport à ce modèle d'évaluation. ». Elles indiquent aussi que la stagiaire prend conscience qu'elle se forme et doit apprendre ; exemple : « Retourner avec Etienne [superviseur] rencontrer cette dame (visite où je me suis « prise les pieds dans le tapis ») a été très formateur ».

8.1.5.7. Etat dans lequel elle se trouve (physique et psychique)

La stagiaire B indique deux fois une fatigue importante suite au colloque ; exemple « [...], je me sens HS (ndr : hors service) après ce colloque. ».

8.1.5.8. Analyse du journal de la stagiaire B

Le journal de cette stagiaire mentionne un nombre important de « prises consciences » faites en cours de stage (25 notations dans son journal). Ces prises de conscience portent sur son rôle dans une équipe interdisciplinaire au cours de ce stage, et sur ce que son vécu lui apprend d'elle. La stagiaire B a donc plus utilisé ce stage pour s'observer elle-même dans cette autre manière de travailler que pour évaluer comment les événements de ce stage donnent à écrire ou à analyser selon les cinq critères ; exemple : « je me rends compte que ma manière d'apprendre passe par une meilleure connaissance de moi-même ». Ce journal comporte également un nombre significatif de réflexions générales, il contient notamment deux pages de définitions tirées d'un dictionnaire. Le contenu de ce journal est donc également très riche et varié. Il témoigne de l'intense travail d'analyse d'un « soi pasteur agissant » et aussi d'une tentative de repousser aussi loin que possible les limites d'assimilation et de compréhension du modèle.

Ce qui précède explique que la stagiaire B utilise :

- Le critère « impact » pour décrire les questions, les impressions et les découvertes que provoquent ce qui est nouveau pour elle dans le stage. Le journal de la stagiaire B montre qu'une majorité des impacts sont des prises de conscience que le stage provoque. Soit ces dernières portent sur son identité pastorale (exemple : lien avec l'institution ecclésiale), soit elles concernent des conséquences de l'utilisation du modèle STIV / SDAT (exemple : manière de considérer le rôle de l'aumônier dans une équipe interdisciplinaire).

- Le critère « appropriation » pour mentionner les questions que ce parcours fait surgir, pour rendre compte de prises de conscience faite en découvrant certaines similitudes entre le modèle STIV / SDAT et des éléments de sa pratique personnelle, et enfin, parfois, pour décrire le degré de compréhension et d'assimilation des concepts soutenant le modèle.
- Le critère « complication / simplification » n'est pas utilisé comme un comparatif entre une manière habituelle et une manière nouvelle d'exercer, mais pour des digressions sur l'avenir de l'accompagnement spirituel en institution et d'autres réflexions advenant au cours du stage.
- Le critère « progression » décrit comment la stagiaire progresse dans les aspects pratiques de l'application du modèle.
- Le critère « état » est utilisé pour nommer comment la stagiaire se sent physiquement.

Cette stagiaire a donc de la difficulté à respecter les consignes pour les temps de reprise personnelle, ce qui s'explique notamment par sa formation en cours de superviseur CPT où les apprenants sont principalement centrés sur le fait de se connaître eux-mêmes en relation et à explorer les liens entre leurs différentes enveloppes d'identité (personnelle, pastorale, etc.).

8.1.5.9. Analyse du vécu professionnel de la stagiaire B

Cette analyse du vécu professionnel est faite à partir des éléments que les cinq critères du journal ont permis de mettre en évidence. De plus, cette analyse s'attache à repérer ce qui entre dans le cadre de l'« évaluation du modèle par autrui ».

Le vécu professionnel de la stagiaire B est focalisé sur elle en tant qu'aumônier mis au défi d'apprendre à communiquer les résultats d'une évaluation aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire et sur le rôle que l'utilisation du modèle induit (notamment de devenir responsable des hypothèses et recommandations qu'elle formule à partir de son évaluation).

Le journal ne comprend aucune critique du modèle, et donc aucun élément susceptible de servir à sa révision. Il n'y a pas non plus d'élément qui pourrait faire penser que le modèle est incompréhensible ou inapplicable. Par contre, la stagiaire B se pose des questions sur le lien entre un accompagnement spirituel et le fait d'utiliser le modèle STIV / SDAT ; exemple : « cet outil est-il aussi un outil d'accompagnement ? ».

La stagiaire B ne fait aucune allusion à une professionnalisation de l'aumônier par le moyen de cet apprentissage, si ce n'est au travers de quelques réflexions sur les défis d'un rôle tel que celui joué dans le stage. Elle commente brièvement les différences entre sa formation en dépendance et sa formation à l'apprentissage du modèle STIV / SDAT, mais uniquement sur l'impact du parcours de formation sur son vécu de personne. De plus, elle montre comment cette expérience la transforme elle et sa vision du rôle de l'aumônier.

La stagiaire B ne propose aucune réflexion critique, si ce n'est une question sur une application possible du modèle en pédiatrie.

8.1.6. Analyse du journal de la stagiaire C

8.1.6.1. Trois caractéristiques de la stagiaire C

La stagiaire C est une femme de plus de 55 ans de langue maternelle française. Elle est aumônier dans les hôpitaux du canton de Vaud depuis plus de cinq ans et a suivi un stage de type CPT. Elle a exercé un rôle d'infirmière, de praticienne formatrice et de cheffe dans des établissements de santé pendant plus de trente ans.

8.1.6.2. Présentation générale du journal

Le journal compte 11 pages format A4 (orientation portrait) dont 2 pages de bilan présentées sous forme de tableau. Le journal suit la chronologie du stage (chaque page indique le numéro du « temps de reprise personnelle » ainsi que les dates correspondantes). Chaque temps de reprise occupe au maximum une page. Chaque page se présente comme une succession de paragraphes d'une longueur très variables (même si le paragraphe du critère « impact » est toujours nettement plus long que les autres). Chaque paragraphe porte comme titre l'un des cinq critères proposés et l'ordre dans lequel les critères sont mentionnés est le même dans l'ensemble des pages.

8.1.6.3. Impacts que le stage a sur elle et sur ce qu'elle fait

La stagiaire C indique dans son journal 7 impacts. Ces impacts sont inégalement répartis durant le stage.

Au début du stage, la stagiaire mentionne que le fait de faire des recommandations impacte négativement son image d'aumônier : « [...], l'image de celui qui sait et vient dire « yaka... » », mais la fin de la première semaine amène « moins de stress et chemin d'acceptation de mes limites. ».

Au milieu du stage, la stagiaire indique comment des moments précis du stage l'impactent dans deux domaines très divers. Elle-même d'abord : « travail autour du schéma 2 [cf. figure 2, 19] : suis probablement trop proche de mes propres besoins et difficultés pour saisir l'impact réel de cette démarche [...] » et l'effet d'une recommandation : « Cela semble fort menaçant ??? J'imagine bien qu'il s'agit d'un dosage entre confrontation et respect de l'homéostasie !!! Toutefois, je reste perplexe ! », mais aussi : « Que c'est compliqué et paradoxal cette sensation qu'on a aucune place et en même temps qu'une seule intervention [ndlr recommandation] peut faire tout à coup changer le cours des choses !!! [le projet thérapeutique] ».

A la fin du stage, la stagiaire revient sur deux thèmes majeurs pour elle dans son travail et qui sont impacté par l'utilisation du modèle. Premièrement une « tension entre 2 loyautés : envers le patient, envers les soignants quand la situation est dans une impasse à cause de la rigidité du patient » et deuxièmement la sensation que « pleins d'éléments qui bougent dans la journée, [...] ».

8.1.6.4. Appropriation

La stagiaire C indique 11 appropriations dans son journal. Ces appropriations sont également réparties durant le stage.

Au début du stage, la stagiaire indique les fruits de son effort pour comprendre les buts du modèle et le mettre en œuvre : « je vois bien l'utilité d'un outil d'évaluation ET pour cibler notre accompagnement Et pour transmettre les enjeux de cette sphère spirituelle dans le colloque », de plus elle reprend les phrases du superviseur : « Au début de l'entretien : trouver une phrase qui justifie ma présence. Tuyau [...] ... à essayer ! » ou encore : « importance de veiller aux processus parallèles ».

Au milieu du stage, la stagiaire montre comment elle réfléchit le fait de changer de paradigme dans le stage : « Alors C2 [paradigme n° 2] (cf. Partie 1, Chapitre 1, 44) change-t-il vraiment quelque-chose, si ce n'est m'alléger d'une tension de loyauté que j'ai pu ressentir [...] ». Elle débute également l'apprentissage plus formel de l'utilisation du modèle : « les différentes rubriques du STIV sont

encore poreuses [...] » et profite de la pratique du superviseur : « Ai beaucoup appris en regardant E. Ai encore besoins de modèles et aussi de décortiquer ensemble de situations [...] ».

A la fin du stage, la stagiaire indique qu'elle utilise le modèle avec moins de résistance : « Se centrer sur la perturbation me dérange moins » et discute sa compréhension du modèle : « L'analyse et son résultat m'appartiennent et je n'ai pas à le justifier même si je peux me tromper ... », notamment la recommandation : « Si la recommandation n'inclut pas le quand, comment, par qui, elle reste vaine ». Enfin la stagiaire interprète certains acquis en termes de bénéfiques : « Confirmation que l'entretien semi-structuré n'enlève rien au sentiment d'être entendu [...] » et « Aller jusqu'au bout de la responsabilité ne suppose pas garder du pouvoir jusqu'au bout ».

8.1.6.5. Complication et/ou simplification

La stagiaire C indique 18 complications dans son journal et aucune simplification. Ces complications sont également réparties durant le stage.

Au début du stage, la stagiaire constate d'emblée que : « se centrer sur les manques et les perturbations me met en porte à faux avec ce que je fais actuellement : chercher la brèche ou les ressources qui peuvent servir de levier pour aller de l'avant. », elle voit aussi les exigences du modèle comme des complications. Le modèle lui-même lui pose nombre de questions : « comment case-t-on dans le temps les étapes (recueil/analyse/validation) ? », ou encore : « comment peut-on réduire le sens à l'équilibre de vie vécu lors de l'hospitalisation ? Idem pour les valeurs : impression que de les réduire [...] » ou enfin « avoir une théorie de l'autre et en rendre compte ... et si l'autre confond la théorie sur ... et la personne et entend ce que je dis comme LA vérité sur la personne ??? ». De plus elle ressent une tension entre le fait d'« être centrée sur l'autre [...] » et le fait de devoir recueillir des informations dans l'entretien et résiste à formuler des recommandations : « Toujours résistance autour de la recommandation : complique ma vision du rôle [...] ».

Au milieu du stage, la stagiaire C rend plus compte des difficultés liées à la responsabilité de cette posture de l'aumônier : « Responsabilité : responsable de rendre présents de éléments décisifs pour les prises de décision. [...] Petit sentiment

rebelle : ch'ui tout de même pas responsable de ce que les autres n'auront pas fait !!! » et des aspects éthiques : « devenir moteur de débats éthiques : pas étonnant [...] ...pourtant saut démesuré quand, dans le contexte, on est à peine la roue de secours ! ».

A la fin du stage, la stagiaire mesure plutôt les difficultés d'appliquer et d'utiliser le modèle dans son contexte habituel de travail : « Le retour à Chamblon [établissement où la stagiaire C travaille] a rendu très présent l'après ! [...] Quelle structure en place ou à construire faut-il rejoindre ? », et la gestion du temps : « Disponibilité et temps pour aller jusqu'au bout d'une situation : pas simple à agender quand on est seule pour 100 lits. ».

8.1.6.6. Progression dans l'apprentissage du modèle

La stagiaire C indique 7 progressions dans son journal. Ces progressions sont également réparties durant le stage.

Dans l'ensemble du stage, la stagiaire indique « Une impression globale d'avancer [...] » et progresse dans les aspects techniques de l'utilisation du modèle, notamment l'entretien semi-structuré : « Couvrir les champs STIV sans empêcher le patient d'insister là où il veut. » et « Dans l'entretien : plus d'aisance à couvrir les champs en suivant le patient. », par ailleurs, la stagiaire mentionne être « un peu plus au clair avec la place à prendre et à développer. » et avoir gagné en : « liberté pour [...] exposer un angle de vue autre dans le colloque. ». Enfin la stagiaire indique à la fin du stage faire la différence entre : « donner de l'info et donner les résultats de l'analyse. [...] ».

8.1.6.7. Etat dans lequel elle se trouve (physique et psychique)

La stagiaire C indique 13 états dans son journal. Ces états sont également répartis durant le stage.

Au début du stage, la stagiaire mentionne : « Intérêt, curiosité d'aller plus avant et stress grandissant », puis avec : « appréciation positive et valorisation de la cheffe de clinique et de E : me sens soulagée et contente [...] », et donc le stress est en « diminution et la confiance en augmentation ». Elle indique aussi un « plaisir d'apprendre en regardant faire. » et une certaine « perplexité ».

Au milieu du stage, la stagiaire nomme diverses frustrations : « [...] pas assez de temps pour aller au bout des questions [...] », encore : « frustrée d'avoir tellement de peine à prendre des notes [...] ».

A la fin du stage, la stagiaire indique une frustration modifiée : « aurai besoin de travailler sur des situations pour passer des observations à l'analyse, à la synthèse [...] », mais également un plaisir grandissant à expérimenter le modèle : « Plaisir du chemin parcouru. », et « Envie d'aller de l'avant à Chamblon [...] ».

8.1.6.8. Analyse du journal de la stagiaire C

Le journal de cette stagiaire ne comporte que des paragraphes centrés sur les critères proposés. Comme relevé ci-dessus, la stagiaire C associe souvent les fruits de ses analyses aux émotions ou aux sentiments ressentis sur le moment (ces derniers ne font pas l'objet de commentaires comme dans les deux autres journaux). Ce journal est le reflet de la riche et longue expérience professionnelle antérieure d'infirmière de la stagiaire n°3 et il témoigne de ses capacités de respecter des consignes, d'analyser et de comparer son vécu professionnel.

La stagiaire n°3 utilise les cinq critères selon les définitions données au démarrage du stage et utilise ce journal pour décrire, sans masquer ses émotions, à la fois son apprentissage du modèle STIV / SDAT et comment ce parcours de formation la déplace par rapport à sa manière habituelle de travailler.

8.1.6.9. Analyse du vécu professionnel de la stagiaire C

Cette analyse du vécu professionnel est faite à partir des éléments que les cinq critères du journal ont permis de mettre en évidence. De plus, cette analyse s'attache à repérer ce qui entre dans le cadre de l' « évaluation du modèle par autrui ».

Le vécu professionnel de la stagiaire C est focalisé sur le déplacement professionnel que cet apprentissage entraîne. Cette stagiaire a une conscience aigüe des changements que provoque la manière de travailler induite par le modèle STIV / SDAT et elle rend compte des vives tensions que cela fait surgir en elle.

Le journal comprend plusieurs critiques du modèle, et donc des éléments susceptibles de servir à sa révision. Ces critiques portent sur le côté réductionniste du modèle, mais il n'y pas d'élément qui pourrait faire penser que le modèle est incompréhensible ou inapplicable.

La stagiaire C fait de nombreuses allusions à la transformation de la profession que provoque cet apprentissage et le journal compare à de nombreuses reprises les deux principales manières de pratiquer l'aumônerie en institution de santé.

La stagiaire C démontre sa compréhension des éléments théoriques du modèle, et propose des réflexions critiques sur la manière de conceptualiser la dimension spirituelle, sur l'intérêt de pratiquer son évaluation et sur la posture de l'aumônier dans l'hôpital que cette démarche implique.

Par ailleurs, l'expression de ses peurs est liée au fait qu'elle imagine facilement ce que les autres membres de l'équipe interdisciplinaire pensent de cette intégration de la dimension spirituelle et ses frustrations sont aussi associées au fait que cette aventure de quelques semaines la replonge dans l'histoire des professionnels dans l'hôpital qui ont de la difficulté à faire entendre leur point de vue auprès des médecins.

8.1.7. Remarques sur la manière dont les journaux ont été rédigés par les trois stagiaires

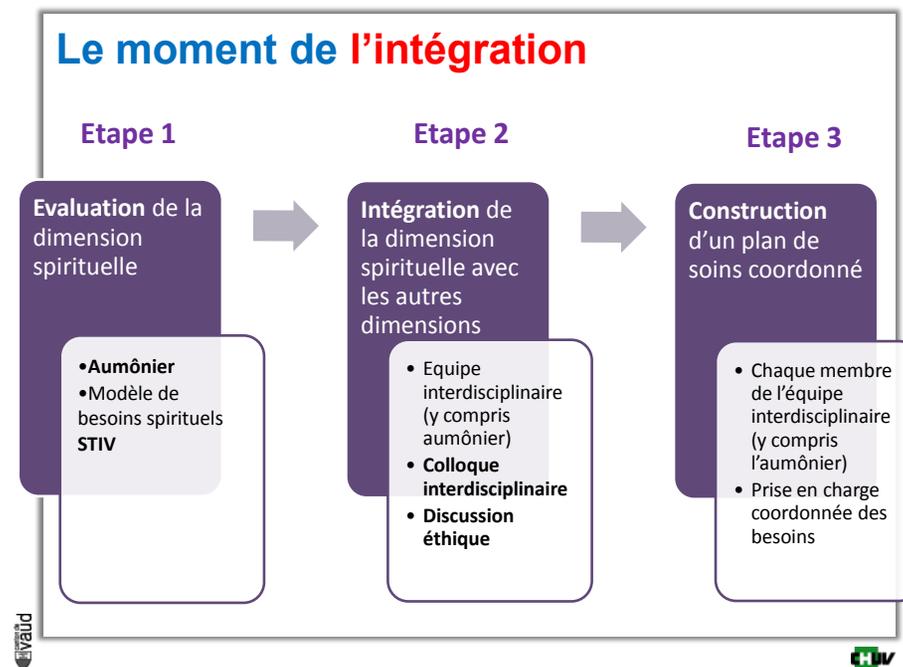
La manière dont les journaux des stagiaires A et B sont rédigés montre l'influence des stages de type CPT. Cette influence a deux conséquences importantes sur ces stagiaires. Premièrement une réappropriation du format du journal (en fait, aucun des trois stagiaires n'a utilisé le document pré imprimé ou numérisé pour rédiger son journal) et deuxièmement une intention générale dans la rédaction qui vise plus à montrer l'impact global du stage sur son identité pastorale plutôt qu'une réflexion sur l'apprentissage théorique et pratique d'une manière différente d'exercer un rôle professionnel dans l'hôpital. Autrement dit, la lecture de ces journaux par un superviseur CPT montrerait le vécu très riche rapporté par les stagiaires A et B pendant l'ensemble du stage, ainsi que l'évolution de leur identité pastorale. Ce qui précède explique en partie pourquoi il a été si difficile à ces deux stagiaires non de comprendre les critères proposés, mais de les utiliser en respectant leur définition de base et le but de cette utilisation. Un prochain stage devra davantage tenir compte de cette influence de la « culture » CPT et contenir une information plus explicite quand au sens de ces reprises personnelles et du but du journal. Par ailleurs le libellé du journal lui-même devra être adapté et un critère explicite « critique du

modèle STIV / SDAT » ajouté. La rédaction du journal de la stagiaire C, au contraire, témoigne de cette conscience d'exercer un rôle dans l'hôpital, de la réflexion et du vécu lorsqu'est testée une autre manière de tenir ce rôle.

8.1.8. Discussion des résultats du protocole n°2

Un synoptique des trois journaux fait apparaître deux aspects du vécu professionnel des stagiaires.

Le premier est que, même si les trois études de cas présentées dans le protocole n°1 montrent bien que les trois stagiaires ont passés au travers des trois étapes ci-dessous, les trois journaux rapportent principalement des éléments vécus dans les deux premières étapes.



Cf. figure 16, 134

Cela s'explique par le fait que participer à cette troisième étape est, à ce moment là du moins, hors du champ de conscience professionnelle des aumôniers, habitués à des interventions considérées comme spécifiques (rituels, entretiens avec les familles, etc.). De plus, ils ne sont pas non plus invités à participer à cette étape !

Le deuxième aspect est le nombre d'occurrences de chaque critère et leur analyse qui illustrent bien l'état d'esprit dans lequel les stagiaires se trouvaient au moment du stage. Chacun des cinq critères est repris ci-dessous afin de considérer à la fois l'homogénéité de l'expérience et dans le même temps la logique de l'utilisation des critères en fonction de l'intention en complétant le journal.

En appliquant la définition donnée au démarrage du stage, 11 « impacts » sont trouvés chez le stagiaire A, 16 chez la stagiaire B et 7 chez la stagiaire C. Mis à part l'influence de la culture CPT mentionnée plus haut, cela signifie que sur les 15 jours effectifs du stage, deux des stagiaires ont été impactés au moins une fois par jour et la troisième tous les deux jours. Ce stage a donc été un temps fort pour les trois stagiaires mais ne leur a pas laissé un temps suffisant pour réfléchir leur vécu global et l'analyser plus en termes professionnels. Un autre aspect est que les enseignements théoriques (enseignement de concepts par exemple) et pratiques (entretien avec des patients avec une supervision directe) qui n'avaient jamais été expérimentés par ces aumôniers les ont fortement impactés, malgré le fait qu'ils étaient considérés comme expérimentés.

En appliquant la définition donnée au démarrage du stage, 15 « appropriations » sont trouvées chez le stagiaire A, 18 chez la stagiaire B et 11 chez la stagiaire C. Les trois journaux témoignent assez également des éléments que les stagiaires s'approprient en expérimentant sur le terrain des éléments théoriques. De l'idée d'une évaluation de la dimension spirituelle aux connaissances et compétences nécessaires à l'élaboration d'une recommandation d'un des trois types. Le nombre d'occurrences témoigne d'un enseignement théorique dense (trop ?), mais aussi que les stagiaires reconnaissent l'existence d'éléments nouveaux à apprendre et à exercer appartenant au modèle STIV / SDAT.

En appliquant la définition donnée au démarrage du stage, 5 « complications » sont trouvées chez le stagiaire A, 0 chez la stagiaire B et 18 chez la stagiaire C (aucune occurrence de « simplification » n'a été repérée). Il est clair qu'aucun des stagiaires n'a pensé que

l'utilisation du modèle allait « simplifier » son travail. Ce résultat, même s'il ne surprend pas l'aumônier praticien chercheur, montre que ces aumôniers ont quitté leur zone de confort. Par ailleurs, c'est ce critère qui permet de montrer la différence d'état d'esprit et de positionnement dans le stage entre les deux premiers stagiaires et la troisième. Trois complications principales en comparaison avec la manière habituelle de travailler sont mentionnées de diverses manières, le fait que le modèle oblige à chercher les perturbations / les besoins non couverts plutôt que les ressources à mobiliser chez les patients, le fait d'être porteurs d'un concept prédéfini de la spiritualité ainsi que l'ensemble des aspects formalisés de l'évaluation.

En appliquant la définition donnée au démarrage du stage, 7 « Progressions » sont trouvées chez le stagiaire A, 5 chez la stagiaire B et 7 chez la stagiaire C. Le nombre d'occurrences très semblable chez les trois stagiaires illustre bien que les moments de vérification de la progression ont été les temps d'analyse des entretiens et de transmission des recommandations lors des colloques interdisciplinaires. Seule la stagiaire C nomme explicitement ces progrès, les deux autres stagiaires restent centrés sur le processus d'apprentissage plus ou moins difficile, rapide ou lent de l'utilisation du modèle.

En appliquant la définition donnée au démarrage du stage, 9 « états » sont trouvés chez le stagiaire A, 2 chez la stagiaire B et 13 chez la stagiaire C. La stagiaire B est simplement fatiguée et parle plus de ses prises de conscience que d'états émotionnels. Les deux autres stagiaires rapportent plus explicitement le stress induit par cette formation. Ainsi le stagiaire A dit sa peur de devoir participer au colloque avec la responsabilité de donner des recommandations basées sur les résultats de l'analyse des entretiens réalisés avec les patients. La stagiaire C exprime aussi le contentement de faire cet apprentissage et d'en voir quelques fruits. Enfin tous les deux parlent volontiers de leurs frustrations. Ces frustrations sont essentiellement reliées aux limites diverses que cet apprentissage révèle chez eux (lenteurs, etc.) et au manque de temps pour discuter plus avant des questions dans le stage.

L'expérience professionnelle vécue au cours du stage est donc très riche chez les trois stagiaires, même si leur niveau de compréhension et leur capacité d'application du modèle est différents. Premièrement aucun des stagiaires ne considère que ce stage n'est là que pour leur apprendre à utiliser une technique. Tous les trois s'attachent à comprendre les aprioris et les fondements du

modèle STIV / SDAT et prennent le temps de se situer par rapport à ces derniers. Les questionnements (personnels, professionnels et théologiques), parfois intenses, dont les journaux témoignent sont le reflet de cette dynamique. En ce sens, ce stage a d'abord été une expérience avant que d'être un apprentissage. De plus, cette expérience peut être qualifiée comme celle d'un gros déplacement. Les trois stagiaires sont déplacés par ce stage, la posture qu'il exige et cette autre manière d'être accompagnant spirituel. Le changement de paradigme a pour conséquence une perte importante de repères (finalement l'expérience professionnelle antérieure des stagiaires ne leur servira que dans un seul aspect, la connaissance du milieu de l'hôpital).

8.1.9. Conclusion du protocole n°2, une évaluation du modèle par autrui et des pistes pour une révision du modèle (Guide de réalisation 2014, 9)

Quelle évaluation du modèle STIV / SDAT livre l'analyse des journaux des trois stagiaires ? Les résultats de l'analyse du vécu professionnel permettent d'évaluer quatre aspects du modèle.

Premièrement, aucun des stagiaires ne mentionne qu'il manquerait une ou des sous-dimensions déterminant la dimension spirituelle des patients âgés en CTR dans le modèle STIV / SDAT. Pour les stagiaires, le modèle est donc centré sur un construit qui est un reflet acceptable de la spiritualité des personnes âgées hospitalisées en CTR. Mais, la stagiaire C signale un côté réducteur du modèle lorsque celui-ci invite à limiter les investigations aux conséquences de l'hospitalisation présente (cette stagiaire trouve par exemple que l'équilibre global de vie devrait être analysé de façon plus approfondie et son exploration s'étendre à un temps plus long). De manière plus globale, elle trouve que le modèle ne permet pas de capter suffisamment les aspects subtils et personnels de la spiritualité des personnes âgées.

Deuxièmement, aucun des stagiaires ne mentionne de difficultés majeures de compréhension des définitions et concepts qui sous-tendent le modèle. Pour les stagiaires, le modèle est donc accessible et compréhensible. Les stagiaires A et B signalent de manière indirecte les efforts qu'ils ont dû fournir pour assimiler assez de cette matière pour utiliser le modèle au cours du stage. Le stagiaire A

en annexant plusieurs pages de schémas récapitulatifs des enseignements et la stagiaire B en demandant à un de ses collègues de faire une évaluation d'elle-même selon la procédure contenue dans le modèle.

Troisièmement, aucun des stagiaires ne mentionne que le modèle ne peut pas produire ce pourquoi il a été conçu. Pour les stagiaires, le modèle a une forte logique interne qui permet de visualiser le lien entre les recommandations faites et le travail d'étapes effectués en amont. Par contre, les stagiaires ont montré qu'ils avaient plus de facilité à produire des recommandations allant dans le sens d'une amélioration du patient (types 1 et 2) qu'une recommandation de type 3 qui questionne le projet thérapeutique établi par les médecins. De plus, les stagiaires A et C trouvent que le temps nécessaire pour réaliser l'ensemble des étapes du modèle STIV / SDAT, de l'entretien à l'énoncé des recommandations est très (trop ?) conséquent. Pour ces deux stagiaires, ce temps paraît disproportionné par rapport à l'effet observé de ces recommandations dans le CI.

Quatrièmement, le fait qu'aucun des trois stagiaires n'ait déjà expérimenté un modèle d'évaluation de la dimension spirituelle de personnes malades hospitalisées (au Québec ou aux Etats-Unis par exemple) explique pourquoi il n'y a aucun élément de comparaison avec une autre manière d'évaluer la spiritualité de patients dans les journaux.

Comme indiqué dans les objectifs du protocole n°2, les éléments mentionnés ci-dessus seront à l'origine d'une révision de parties du modèle ; par exemple, un changement dans la liste des questions de relance de l'entretien semi-structuré afin de permettre une exploration plus large des sous-dimensions, en particulier de l'équilibre global de vie. De même, il ressort des journaux des stagiaires et des expériences vécues par ces derniers durant le stage, que ce modèle ne pourra pas être enseigné comme une technique (une simple acquisition de connaissances et de compétences), l'analyse des journaux indique au contraire qu'il sera nécessaire d'adapter cet enseignement à l'avenir dans deux directions. D'une part au moyen d'un stage plus long, ce qui faciliterait l'appropriation, et d'autre part au moyen d'une sensibilisation accrue des membres des équipes qui seront ainsi mieux préparées à accueillir l'apport des aumôniers.

Partie 3 : Résultats des tests

Chapitre 9 : Réflexion théologique

9.1. Etapes 2 et 3

9.1.1. Introduction

Le thème de la Kénose n'est pas le fruit de la confrontation entre l'intention générale du projet et l'intention de l'analyse des résultats des protocoles (même si la question du pouvoir et de la responsabilité des théologiens relativement à ce pouvoir est au cœur des deux intentions et auraient donc logiquement fait apparaître ce thème), mais d'une réflexion longue entre le théologien praticien chercheur et les deux co-directeurs de thèse. C'est pourquoi, dans le chapitre 5 de ce DThP (Partie 2, Chapitre 5, 134), la kénose est déjà un thème théologique proposé au groupe de théologiens par le théologien praticien chercheur au moment de l'élaboration théorique du modèle. A ce moment là et comme dans ce chapitre, il ne s'agit ni de faire l'exégèse du texte de 1 Ph 2 ou l'histoire de ce référent (Jobin, 2011), mais bien de profiter de réflexions récentes effectuées sur la Kénose qui se centrent notamment sur les attitudes que génèrent la confrontation du texte avec le contexte de l'époque (Hurley 2011) et sur la qualification d'un processus kénotique visant à renouveler la manière d'aborder et de traiter les pouvoirs (Jobin 2011).

Autrement dit, les discussions ont été orientées par la nécessité de trouver un axe théologique qui permette de réfléchir théologiquement deux aspects du pouvoir dans l'utilisation du modèle. Le premier provenant d'une démarche visant à rendre les aumôniers responsables dans les institutions de santé d'une des quatre dimensions du modèle de soin intégré et interdisciplinaire et donc nanti d'un certain pouvoir. Le deuxième étant la gestion du pouvoir au moment de réfléchir et de définir les buts du projet thérapeutique d'un patient.

Comme déjà explicité dans la partie mentionnée ci-dessus, des développements récents sur le thème de la Kénose (Hurley 2011 ; Jobin 2011) autorisait une vision originale du travail sur le pouvoir. Cette réflexion a aboutit à la formulation de la question de

recherche suivante: En quoi l'étude de l'effet d'un type de recommandation délivrée lors d'un colloque interdisciplinaire pour la prise en charge de patients âgés hospitalisés en Réadaptation Gériatrique en détresse spirituelle évaluée par le modèle STIV/SDAT, ainsi que l'étude du vécu professionnel d'aumôniers expérimentant le modèle STIV/SDAT en Réadaptation Gériatrique placent la réflexion contemporaine sur la Kénose au centre du travail de l'aumônier d'hôpital ?

Comme prévu dans la méthode, la réponse à cette question se fera en deux temps, un premier temps (étape 2) montrera comment cet axe théologique repris par Jobin (2011) permet de réfléchir les résultats du protocole n°1 et un deuxième temps (étape 3) permettra de savoir comment ce thème de la Kénose repris par Hurley (2011) est impacté par les résultats du protocole n°2.

9.1.2. Etape 2

9.1.2.1. Les résultats du protocole n°1 place la réflexion contemporaine sur la Kénose au centre du travail de l'aumônier d'hôpital

Les résultats du protocole n°1, même non généralisables, montrent l'efficacité du modèle STIV / SDAT dans la mesure où l'effet d'une recommandation de type 3 peut être interprété comme quelque chose qui provoque un ébranlement du pouvoir contenu dans les buts de tout projet thérapeutique. Compte tenu des faits, cet effet peut paraître mince (notamment aux yeux des stagiaires qui ont produit les données), mais il ne faut pas méconnaître le pouvoir auquel ces recommandations se heurtent. En effet, le pouvoir ici considéré est celui de réduire le patient à son corps, de créer la réalité du « corps patient », celle de son mal et enfin celle de son avenir (en termes de vie ou de mort), même s'il persiste de la part des acteurs médicaux une méconnaissance profonde de posséder une telle puissance.

Dans ce contexte, le modèle STIV / SDAT peut générer des « pratiques qui déstabilisent le plein, qui le grugent, qui le creusent [...] » (Jobin 2011, 85), et qui, sans casser les structures ni instituer un contre pouvoir destructeur, portent au pouvoir médical érigé de plus en plus comme un absolu, « [...] une atteinte « fatale » de ce qui constitue le cœur du pouvoir : la légitimation et le contrôle. » (Jobin 2011, 85). Autrement dit, la redéfinition d'un projet thérapeutique suite à un processus kénotique d'évidement (Jobin 2011) est le fruit

d'une résistance qui crée du jeu et des interstices là où tout semble parfaitement et définitivement en place. En ce sens, le modèle STIV / SDAT reprend et réalise l'ensemble des éléments qui constituent cette « lecture éthique de la Kénose » (Jobin 2011, 85), et place concrètement la réflexion contemporaine sur la Kénose au centre du travail de l'aumônier d'hôpital.

9.1.2.2. Les résultats du protocole n°1 place la réflexion contemporaine sur la Kénose au centre du travail des médecins

L'étape 2 prévoit un retour en groupe interdisciplinaire où le théologien praticien peut faire avancer le travail en utilisant les ressources de la tradition théologique chrétienne (Partie 2, Chapitre 5, 124). Dans le cadre du stage, ce retour a eu lieu entre le groupe de stagiaires et deux des médecins.

Deux des cheffes de clinique (CDC) ayant animé et présidé les CI lors du stage demandent un entretien à l'aumônier praticien chercheur (ci après le superviseur) dans le but de rediscuter de deux situations de patients pour lesquels des recommandations avaient été formulées par les stagiaires lors des CI. La particularité de ces deux recommandations de type 3 étaient de donner aussi une orientation pour le devenir du patient : une fois EMS (contre l'avis de tous), une fois RAD (contre l'avis des médecins).⁵⁴ Comme pour les trois présentations de cas du protocole n°1, l'énoncé de ces recommandations avait provoqué un certain stress chez les CDC et d'importantes discussions (surtout la seconde situation) entre les membres du CI. Dans les deux cas, après la tenue de rencontres réunissant les principaux acteurs de soins ainsi que les patients et les proches (mais ni les stagiaires ni le superviseur), l'orientation du stagiaire avait finalement été retenue. Après concertation et quelques jours de recul, les deux CDC souhaitent reparler de ces deux situations. Le flou de la demande n'échappe pas au superviseur, mais il considère cette demande comme très positive dans la mesure où c'est une occasion unique de dialogue entre le groupe de stagiaires et des médecins ayant (re)trouvé leur capacité de penser par rapport à ces deux événements. Le superviseur leur propose donc de rencontrer le groupe de stagiaires et de débattre à propos des deux

⁵⁴ Ces deux situations ont été vécues au cours de colloques où l'aumônier praticien superviseur n'était pas présent. Il avait simplement supervisé l'élaboration des recommandations et ce qui devait être communiqué des deux évaluations.

situations cliniques concernées. Les deux CDC acceptent le principe d'une rencontre et demande au superviseur de la présider. Ce dernier accepte et leur dit qu'il va préparer la discussion avec le groupe de stagiaires.

La rencontre de préparation doit permettre de formuler des hypothèses qui expliquent l'origine de cette demande des CDC, ce qui s'est passé pour elles deux lors des CI et d'imaginer une intention à cette discussion. Après l'échange, deux hypothèses sont retenues par les stagiaires. La première postule qu'une des facettes du pouvoir biomédical est la capacité de définir la réalité de la personne par le diagnostic et la thérapeutique, et que c'est précisément ce pouvoir là qui a été déstabilisé lors des CI, comme si les stagiaires, par leurs recommandations, résistaient à ce pouvoir. Une deuxième hypothèse est que ces deux recommandations ont mis en route une dynamique qui a déplacé les deux CDC, les a obligées à reconsidérer les certitudes acquises par l'analyse de la dimension somatopsychique et fonctionnelle (première situation) et à renoncer à appliquer des normes sécuritaires qui leur semblaient justifiées (deuxième situation), et que c'est de cette expérience là dont elles veulent discuter en dehors du stress vécu au CI.⁵⁵

La détermination d'une intention pour la rencontre est assez difficile pour les stagiaires. En effet, à l'annonce de cette rencontre et après l'énoncé de la première hypothèse, la première réaction des membres du groupe est de souhaiter justifier les recommandations par l'explication de l'ensemble du fonctionnement du modèle STIV / SDAT et par l'exposé de leur compréhension de la situation des patients. Après l'énoncé de la deuxième hypothèse, deux des stagiaires suggèrent plutôt d'écouter les deux médecins pour les aider à dépasser leur supposé mal-être.

Le superviseur insiste pour que les stagiaires tiennent compte de ce qu'ils ont appris au cours du stage sur la capacité des acteurs à se placer à distance de leur silo disciplinaire (y compris eux-mêmes) et sur la valeur de la confrontation de plusieurs discours sur le patient lors des CI. Cette capacité et cette confrontation étant comprises comme une chance de préserver l'intérêt et le bien du patient en remodelant le projet thérapeutique. La finalité de cette démarche étant, comme le souligne Benaroyo (2004), la mise en œuvre d'une

⁵⁵ Il est très intéressant qu'aucun des stagiaires ne mentionnent cette rencontre dans son journal, même si cette rencontre les a marqués (cf. ci-dessous). Cela confirme que le journal a été utilisé pour parler de l'expérience propre à chaque stagiaire.

sagesse pratique qui : « [...] dans le cadre d'un dialogue structuré par un pacte de soins basés sur la confiance, [...] cherche à trouver la meilleure solution possible dans une situation clinique singulière ». Les stagiaires suggèrent alors de débattre avec les deux CDC de l'intérêt pour elles d'avoir ce genre de confrontation et du lien qu'elles voient entre cet intérêt et cette sagesse pratique dans la clinique. Le superviseur propose aux stagiaires de poursuivre la réflexion et de dégager les implications pour le processus de la rencontre avec les médecins et pour la prise en charge des patients. Très vite, deux aspects sont évoqués et qualifiés positivement. Le premier est d'éviter un processus parallèle consistant à considérer les CDC soit comme des personnes n'ayant pas compris le bien que l'on a élaboré pour elles, soit comme des personnes qu'il est nécessaire d'accompagner car considérées comme incapables de faire face à une certaine déstabilisation (comme les CDC avec les patients et leurs proches dans les deux situations concernées). Les stagiaires prennent conscience que ce processus ne reconnaît pas les CDC pour ce qu'elles sont, à savoir deux médecins responsables et en pleine possession de leurs moyens. Le deuxième est que chaque acteur du soin, quelque soit son niveau de responsabilité, est placé devant la nécessité de renoncer à une partie du pouvoir de son discours dans la construction d'un projet thérapeutique respectant la définition de cette sagesse pratique.

Le jour de la rencontre, après que le superviseur a expliqué le but de la discussion et fixé le cadre horaire, l'échange est marqué par trois temps forts. Les CDC expliquent que, pour elles, le CI n'est pas un lieu favorable à la discussion sur le projet thérapeutique, et que cette discussion devrait avoir lieu dans un autre moment. Elles n'expliquent pas pourquoi elles nomment cela. Elles s'intéressent au raisonnement clinique que permet l'utilisation du modèle STIV / SDAT, parlent de l'intérêt pour leur travail lorsque se donnent à connaître d'autres visions du patient et de leur solitude dans la responsabilité du devenir des patients. Elles dénoncent un système (hôpital, assurances, hiérarchie) qui les oppriment et les poussent à des solutions simples pour les patients. La participation des stagiaires au CI les encourage à chercher des solutions à ce qu'elles considèrent maintenant, avec plus de recul, comme un problème. Leur présence à cet entretien participe de cette recherche.

Le stagiaire A demande des précisions sur l'intérêt pour elle de prendre connaissance d'une vision différente du patient et d'être parfois bousculées. La CDC qui préside le CI dans lequel est intégré ce stagiaire dit apprécier d'avoir des éléments nouveaux d'information, mais avoue ne pas toujours comprendre les termes reliés à l'évaluation de la dimension spirituelle. Elle ajoute qu'elle réalise de plus en plus que c'est important et souvent pertinent, mais elle manque de temps pour en discuter dans le CI et se sent parfois coincée entre la nécessité d'avancer et le souhait de discuter plus avant. L'autre CDC est plus explicite et parle des interventions de la stagiaire C comme d'une aide très appréciée à la décision. Elle est impressionnée par la capacité de synthèse de la stagiaire et par la justesse de ses conclusions. La stagiaire C demande alors pourquoi la CDC est en difficulté pour en tenir compte dans le CI. Cette dernière répond qu'elle n'a aucune habitude et qu'elle est comme sa collègue, coincée. La stagiaire B s'étonne du manque de liberté des deux médecins et s'inquiète de leur solitude. Les deux CDC racontent alors plusieurs anecdotes décrivant une situation professionnelle jugée très inconfortable. La stagiaire C leur demande comment il est possible de les aider à changer cette situation. Les CDC répondent que des moments d'échange comme celui ci les font progresser.

A la fin de la rencontre, les CDC sont satisfaites de la discussion et remercient les stagiaires pour leur ouverture et accueil. Les stagiaires sont sous le choc d'avoir échangé d'égal à égal avec des médecins (première dans leur carrière d'aumôniers expérimentés !). Pendant la discussion qui suit cet entretien, les stagiaires réalisent que les CDC ont un faible degré de conscience de leur agir lors des CI, de leur positionnement dans le système et de leur passivité pour changer la dynamique dont elles se déclarent victime. Le superviseur, utilisant à nouveau le même référent théologique, montre au stagiaire comment, en grugeant le pouvoir du système par des recommandations de type 3, ils ne mettent pas en danger les acteurs mais les invitent à se repositionner par rapport à leur silo disciplinaire et à leur action de soins. Enfin, revenant sur deux de leurs interventions, les stagiaires n°1 et 3 reconnaissent la difficulté à ne pas entrer dans le processus d'accompagnement habituel (cf. supra, 275).

L'utilisation de l'axe théologique de la Kénose n'est donc pas seulement opératoire pour l'action des aumôniers utilisant le modèle STIV / SDAT, son intérêt s'étend aussi aux autres acteurs de soins, notamment les médecins. En synthèse, cette réflexion sur la

Kénose et sur l'évidement du pouvoir a vraisemblablement le potentiel de déclencher d'autres procès kénotiques, ici celui des médecins envers leur propre système jugé oppresseur et limitant. Cette rencontre illustre la fonction légitimatrice de la théologie et également sa fonction critique pour les médecins.

9.1.3. Etape 3

Hurley (2011) montre comment le texte de Ph 2 peut être interprété, dans le contexte de l'empire romain, comme un appel au renoncement au « pouvoir sur les autres » et comment une exégèse théopolitique amène à la conclusion que les disciples du Christ sont ceux qui vivent du « renoncement à la violence » (Hurley 2011, 102 -105). Se détourner des « attitudes d'empire »⁵⁶, inverser la pyramide de pouvoir afin que les riches et les puissants soient au service des petits, des asservis de tous les temps et des pauvres, voilà le message que Paul veut que tous entendent et que les chrétiens doivent mettre en pratique dans leur communauté (Hurley 2011, 109). De plus, il existe un lien fort entre pouvoir et violence (Hurley 2011, 109) dans un système pyramidal ou chacun domine quelqu'un (comme dans la société romaine de l'époque). En fait, la violence est le seul mode possible du maintien du pouvoir détenu à chaque étage de cette pyramide. Ainsi renoncer à la violence est aussi, dans ce système d'empire, renoncer au pouvoir. Cette révolution n'est pas que sociale et économique, elle impacte également et frontalement les représentations des dieux, de Dieu et de l'ordre du cosmos de l'époque (Hurley 2011, 109).

Paradoxalement, tout ce parcours au DThP vise à montrer la nécessité pour les aumôniers d'avoir un pouvoir dans les institutions de santé, de créer une posture où leur parole a du poids et donc un effet dans le système. Avoir un paradigme qui autorise cela est considéré comme une chance d'obtenir ce pouvoir. Les résultats des protocoles n°1 et n° 2 montrent que le modèle STIV / SDAT est reconnu utilisable et produisant ce qu'il est prévu qu'il produise. Trois aumôniers expérimentés l'ont évalué au cours d'un stage qui a été, différemment pour chacun des trois, une expérience professionnelle riche et marquante. Mais, la posture exigée des stagiaires pour réaliser les résultats du protocole n°1, n'est pas facilement assumée. Ainsi la stagiaire C dit sa difficulté à être dans le rôle de « celle

⁵⁶ Expression utilisée par le Professeur Hurley dans ses cours.

qui sait », qui peut délivrer des recommandations. La stagiaire B est paralysée par la peur lors du premier colloque et reste dans l'incapacité de lire les résultats de ses évaluations, notamment en raison de la présence du Professeur chef de Service. Le stagiaire A s'interroge sur le fait d'avoir les capacités nécessaires d'analyse et d'oser prendre la responsabilité de donner aux autres membres de l'équipe soignante une alternative au projet thérapeutique déjà défini.

Cette posture est très différente de celle où les aumôniers visent d'abord le renforcement, par la mobilisation de ses ressources spirituelles et/religieuses, des capacités de la personne malade hospitalisée pour faire face à la crise et à la maladie. De plus, le paradigme qui sous-tend cette manière de faire des envoyés des Églises n'exige aucunement une collaboration avec la communauté soignante. Les aumôniers se décrivent alors volontiers comme des sans pouvoir qui n'ont pas d'utilité avérée dans l'institution de santé (Terlinden 2006). Autrement dit, les aumôniers d'hôpitaux n'ont aucun pouvoir sur les autres, contrairement aux autres acteurs de soins, notamment les médecins. En fait, l'expérience professionnelle vécue par ces trois aumôniers montre qu'ils en sont conscients, qu'ils ont une réelle crainte à posséder du pouvoir et qu'ils ont de la difficulté à s'en servir. Cette crainte est-elle théologiquement fondée et est-elle le signe que s'il est nécessaire de devenir puissant pour limiter la puissance de l'autre ou de son système, les acteurs qui l'acceptent entrent dans une « logique d'empire »⁵⁷ ? Ce parcours au DThP suit-il une logique mortifère (c'est-à-dire contraire à celle de Dieu) et ne témoigne-t-il finalement que d'un simple jeu de pouvoir et de contre-pouvoir entre des acteurs de soins ? Donner du pouvoir aux aumôniers pour éviter le pouvoir biomédical est-il un leurre, un simple prétexte pour une reconquête du pouvoir par des institutions ecclésiales excédées par la médicalisation de la vie et la régulation du champ social par le système sanitaire ?⁵⁸ Le thème de la Kénose est bien au centre du travail des aumôniers d'hôpitaux, mais les conclusions des travaux de Hurley (2011) semblent exiger un retour en arrière et un abandon du modèle STIV / SDAT au nom de la fidélité au Christ.

⁵⁷ Autre expression utilisée par le Professeur Hurley dans ses cours.

⁵⁸ Les auditeurs des émissions du dimanche matin de France Culture reconnaîtront un des thèmes favoris des adeptes du mouvement de la Libre Pensée.

Mais, dans cette étape 3, il s'agit plutôt de se demander si, au contraire, les résultats de ce protocole n°2 n'amènent pas des éléments supplémentaires à cette réflexion contemporaine sur la Kénose. Il n'est pas question dans ce DThP de revisiter les liens historiques et idéologiques entre la chrétienté, le pouvoir et la violence, ni d'utiliser les justifications de cette dernière par certains tenants des théologies de la libération (Löwy 1995, 198). Il s'agit de vérifier ici la part révélatrice de cette pratique (Nadeau 2007, 223) pour la réflexion sur la Kénose faite par Hurley. Est-ce que l'analyse de ce geste qui dote les aumôniers de connaissances, de compétences et d'une habilitation dans une institution de santé permet d'entrer dans un dialogue critique avec les conclusions de son étude ?

Un premier élément est donc la nécessité d'une analyse, d'advenir à une intelligence forte de la situation (Nadeau 2007) qui fait alors se rencontrer valablement « deux moments herméneutiques » (Lucier 1987) (les résultats de l'analyse de la pratique et les fruits de l'exégèse). Dans le présent cas, cet effort analytique ne porte pas d'abord sur la pratique mais sur le contexte, ce dernier étant non seulement historique et culturel, mais principalement institutionnel. Ce contexte est marqué par une compétition entre deux institutions pour la régulation du champ social, dont une est, en Occident, en perte notable d'influence. En d'autres termes, les réponses de la tradition théologique chrétienne ne saturent plus les questions ni ne construisent la réalité de nos contemporains, tandis que les institutions de santé et la biomédecine sont de plus en plus présentes dans tous les secteurs de nos existences. Cet état de fait a une conséquence, c'est que le non pouvoir des envoyés des Églises dans les institutions de santé n'est pas le résultat d'un dépouillement volontaire de ce pouvoir. Mais, faut-il tout de même considérer cela comme une chance ? Les institutions chrétiennes ont moins la tentation (toujours en Occident) de proposer ou d'inspirer des « attitudes d'empire » et les envoyés des institutions ecclésiales ont beaucoup moins à se soucier d'être assimilé au pouvoir et aux oppresseurs. Leur humble action au service des plus faibles et des démunis, y compris dans les institutions hôtes (école, prisons, etc.), est (enfin ?) la juste réplique du ministère du Christ. La difficulté, encore une fois, est que cette situation n'est pas un choix volontaire, libre et éclairé, et il n'est pas besoin d'être grand voyant pour lire et sentir le désarroi, la frustration et l'investissement souvent immense consenti par les Églises pour tenter de retrouver la place perdue

(créationnisme aux Etats-Unis, travail sur la visibilité des Eglises protestantes en Suisse, réflexions multiples sur de nouveaux modes d'évangélisation en France, etc.).

Le geste analysé ici tient compte de ce contexte, mais ne propose pas que les envoyés des institutions ecclésiales retrouvent un pouvoir grâce à une considération nouvelle des Eglises par l'institution de santé. Ce travail propose au contraire que les Eglises renoncent clairement à définir ce que font leurs envoyés dans les institutions de santé et qu'Elles fassent simplement confiance à leur action auprès des malades une fois inscrit dans le paradigme propre à l'institution hôte. Ce renoncement volontaire, dans ce contexte de sécularisation avancée, concerne toute idée de reconquête, d'une reconnaissance, ou même d'une empreinte. Il y a ici un premier aspect, bien contextualisé, qui enrichit la réflexion sur la Kénose de Hurley (2011), à savoir que tendre vers cet idéal théopolitique qui bouleverserait l'ensemble d'une organisation institutionnelle passe par un dépouillement des Eglises elles-mêmes de leur dernier pouvoir, à savoir définir les responsabilités et le type d'habilitation qu'elles exigent pour leurs envoyés dans les institutions de santé. Toujours dans ce contexte particulier, les descendantes des premières communautés chrétiennes ont à penser encore leur propre kénose. En accomplissant cela, renonceraient-elles à une forme de violence ? Deux formes de violence sont à évoquer ici. La première est la violence que les aumôniers s'infligent à eux-mêmes lorsqu'ils sont déchirés entre un désir de transmettre les secours de l'Évangile aux malades et l'interdit de tout prosélytisme des institutions de santé. La deuxième est la violence à laquelle leur positionnement les expose de la part des autres travailleurs de la santé (non respect de leur présence, ignorance de leur action et de leur rôle, etc.).

Si les aumôniers deviennent des travailleurs de la santé et qu'ils sont inscrits normalement dans leur nouvelle institution, ces deux formes de violence disparaîtront.

Un deuxième aspect vient enrichir cette réflexion sur la Kénose, à savoir le fait que, une fois les aumôniers travailleurs de la santé installés, le renoncement à la violence et au pouvoir redevient un acte individuel de réflexion sur ses responsabilités et sur son habilitation. Comment faire pour que mon action dans cette posture nouvelle ne génère pas de violence ? Le renoncement se

transforme en une vigilance sur la violence potentielle que toute action accomplie dans une institution de soin peut engendrer. De plus, cette vigilance doit s'étendre à toute forme de violence dont le travailleur est témoin. Il ne s'agit pas simplement d'appliquer les principes d'une éthique du soin, mais bien d'une attitude intérieure et d'une conscience aigüe du fait que tout travailleur de la santé peut, à chaque instant, produire de la violence.

Un troisième aspect est le renoncement des aumôniers à toute reconnaissance de la part des autres acteurs de soins, renoncement manifesté par leur capacité à se retirer volontairement du processus de refonte du projet thérapeutique. En effet, ces travailleurs de la santé d'un genre nouveau non seulement doivent être créatifs dans leur proposition, mais une fois ces dernières faites, ils doivent aussi soigneusement choisir le moment où il est nécessaire qu'ils laissent les autres agir le procès kénotique que leur proposition a enclenché. Autrement dit, toujours dans ce contexte particulier, le bien du patient (sous la forme d'une redéfinition de son projet thérapeutique) n'est pas repensé en termes de propositions concrètes attribuées à des acteurs précis, mais bien en termes de processus complexe dont l'origine ne sera jamais perçue nettement. Obtenir une légitime reconnaissance de son apport professionnel peut-il déclencher de la violence ? Il est possible que le nouveau projet thérapeutique soit plus enfermante que le premier si l'aumônier n'a pas la conscience du moment où il fait partie, lui comme acteur présent, du pouvoir contenu dans le projet thérapeutique. Ce dernier aspect de réflexion sur la Kénose vient montrer que le renoncement à la violence concerne aussi la présence de soi comme acteur. Renoncer à être présent, renoncer à toute forme de reconnaissance professionnelle de ce type est aussi un moyen efficace, pour les travailleurs de la santé aumôniers de limiter les risques de violence.

Les conclusions de l'exégèse et de la compréhension de Hurley du texte de Ph 2 viennent s'enrichir de trois aspects par l'analyse des conséquences du nouveau positionnement des aumôniers proposés dans ce DThP. Il s'agit moins, finalement, d'un regard critique que d'une mise en perspective des lignes de force de ce travail par une contextualisation. Cet enrichissement permet d'envisager des manières de vivre ce renoncement à la violence en exerçant son intelligence et en ayant la possibilité d'en anticiper les fruits, ce qui est

plus motivant que de ne l'envisager que comme un dépouillement permanent pratiqué par principe. De plus, ces aspects ne conduisent pas à une baisse de l'exigence de renoncer à la violence ni à une forme de relativisme des exigences du texte.

9.1.4. Juste avant l'étape 4 : quelques éléments de prospective

L'étape 4 de la méthode (cf. Partie 2, Chapitre 5, 107) est celle où le travail interdisciplinaire reprend pour discuter des propositions et décider des suites à leur donner. Le terme « prospective » est utilisé ici pour nommer ce que l'aumônier praticien chercheur partagerait juste avant cette étape avec d'autres théologiens et aumôniers praticiens. Une sorte de synthèse de « là où nous en sommes à mon avis ». De plus, et pour rester le plus congruent possible avec l'ensemble des développements de ce travail, et pour respecter les exigences du DThP (Guide de réalisation, 67), un point sur la transformation de l'aumônier praticien chercheur sera également partagé.

9.1.4.1. Tester un modèle qui permet la confrontation avec une forme du pouvoir biomédical, rester lucide !

A été testé ici un modèle en chantier ! La relecture théologique n'en est qu'à son commencement et les aspects techniques doivent encore être améliorés. Son enseignement n'est pas encore systématisé et la sensibilisation des équipes à cette nouvelle forme de travail des aumôniers est très délicate tellement ce qui touche au thème de la spiritualité est sensible dans les institutions de santé (peur du prosélytisme, peur d'une moralisation des personnes, peur de toucher à un intime de la personne, peur de lui faire subir une forme de « viol », peur d'avoir une responsabilité de plus, etc.). Enfin, il n'existe pas de données suffisantes actuellement pour une forme de généralisation des résultats et donc que les trois cas présentés ne sont pas que des bons coups dus au hasard seul, même si cette hypothèse est peu probable. Un immense travail est donc encore nécessaire pour que ce modèle puisse être proposé aux institutions de santé comme une alternative crédible au fonctionnement actuel des aumôniers.

De plus, peu d'aumôniers s'intéressent aux problématiques traitées ici (projet thérapeutique, confrontation, discours concurrent, biopouvoir ne sont pas des thèmes qui pèsent lourd face à la souffrance rencontrée au quotidien chez les patients et leur famille) et il est compréhensible qu'ils souhaitent en premier lieu se consacrer à l'accompagnement pastoral de ces personnes. Par exemple, les trois stagiaires se sont finalement appropriés des éléments du modèle (les trois utilisent les sous dimensions pour classer leurs informations

et observations, et parfois structurer leur communication aux soignants), mais aucun des trois n'utilise le modèle comme lors du stage expérimental de formation. Cet état de fait montre la difficulté d'utilisation du modèle en routine clinique, mais surtout, il signale qu'il existe bien une forte cohérence entre la posture de l'aumônier exigée par le modèle et la possibilité d'utiliser l'ensemble des potentialités de ce dernier. En d'autres termes, il est illusoire de penser utiliser le modèle si les aumôniers n'ont pas la conscience de se placer dans une autre posture (cf. Partie 1, Chapitre 2).

9.1.4.2. Mandat des Eglises et identité des aumôniers, quelle perspective dans ce contexte ?

Avant de nommer brièvement les conséquences de ce travail sur le devenir du mandat pastoral et l'identité des aumôniers, il est nécessaire de rappeler que l'aumônier praticien chercheur parle non pas en tant qu'un ministre rattaché à une Eglise, mais bien à partir d'une position de travailleur de la santé (cf. Partie 1, Chapitre 2). De toute manière les responsables des Eglises de Suisse romande ne sont pas prêts à se déplacer pour réfléchir une transformation du mandat et son impact sur l'identité de l'aumônier. Un bon exemple de ce fait est le rapport du CAHOSP (cf. Partie 1, Chapitre 2, 24) de 2013. Après le titre du rapport : « Quelle place pour les Eglises ? » (CAHOSP Rapport annuel 2013), il y est mentionné :

Comment faire exister un message hérité de nos traditions dans un contexte où la spiritualité risque toujours le flou, et la laïcité de devenir confessionnelle? Ces questions se sont imposées dans les discussions du Conseil cantonal de l'aumônerie œcuménique des hôpitaux et cliniques (CAHOSP), car les aumôniers sont toujours à la fois dans une institution ET dans une église... et tout est dans le ET ! Le défi est le suivant : comment rendre compte de la dimension spirituelle de la médecine et des soins tout en conservant la spécificité de nos églises ? (CAHOSP Rapport annuel 2013, 1)

Trois ans plus tard, des discussions informelles avec les auteurs de ce rapport montrent que leurs positions n'ont pas évolué. Les institutions de santé restent une sorte d'utérus où les Eglises rêvent d'implanter un ovule ... déjà fécondé ! Les responsables des Eglises pensent que cet œuf va pouvoir se développer dans la mesure où l'utérus a été préparé à le recevoir à cause de l'importance actuelle de la spiritualité dans les soins (cf. Partie 1, Chapitre 3) ou encore la manière dont la définition de l'OMS sur la santé travaille

les institutions de santé. La question est parfois posée de savoir pourquoi les Eglises de Suisse romande semblent ne pas pouvoir évoluer sur ce point. Ce travail autorise une réponse (sans doute un peu caricaturale). En effet, en tant que système, les Eglises portent **une** articulation de spiritualité / religiosité et religion (cf. Partie 1, Chapitre 2, figure 5, 48). Contrairement aux acteurs qui peuvent se mettre à distance de leur silo de référence ou de leur système de référence (par exemple, nombre de ministres catholiques et protestants intègrent du yoga dans leur travail d'accompagnement), un système ecclésial ne peut transformer ses schémas de base sans faire bouger l'entier de son système de croyances. C'est pourquoi, selon les cadres interprétatifs de ce travail, les deux Eglises directement concernées dans ce travail, ne changeront pas, malgré quelques aménagements cosmétiques.

Par contre, il est possible de réfléchir autrement de l'intérieur des institutions de santé. Les personnes engagées dans ces institutions en tant que professionnels de la santé ont à la fois des connaissances et des compétences (elles sont diplômées), et elles reçoivent une accréditation pour un faire dans l'institution. Dans la posture décrite dans ce travail (cf. Partie 1, Chapitre 2), les aumôniers pourraient être engagés sur la base de leur diplôme académique (connaissances), puis devraient suivre une formation à l'interne (résidence) en vue d'acquérir des compétences qui leur permettraient d'être accrédités. ET, comme le construit de la dimension spirituelle du modèle STIV / SDAT capte l'expérience religieuse (cf. Partie 2, Chapitre 5), après négociation avec les responsables de l'institution de santé, certains pourraient également être accrédités pour répondre à des demandes religieuses s'ils sont reconnus par une instance religieuse (exactement comme une infirmière peut être accréditée pour proposer des séances d'hypnose aux patients).⁵⁹

En synthèse, les aumôniers deviendraient des professionnels de santé (identité), et certains seraient porteurs d'un religieux et par là accrédités / habilités à répondre aux demandes religieuses (mandat des Eglises basé sur la confiance). Ceux qui ne le seraient pas agiraient comme à ce jour, à savoir faire des relais intelligents avec des collègues.

9.2. Transformation de l'aumônier praticien chercheur

⁵⁹ A titre d'illustration, on consultera : http://www.chuv.ch/brulures/brul_home/brul-notre_reseau_dexperts/brul-intervenants/brul-centre_romand_des_brules/brul-les_infirmieres/brul-les_infirmieres_expertes_en_hypnose.htm

Je ne suis plus le même à la fin de ce travail. Je considère ma trajectoire comme originale et chanceuse ! En effet, ma récente nomination à la tête d'une entité du CHUV nommée Plateforme Médecine, Spiritualité, Soins et Société (MS3), ma démission de l'Eglise et mon intégration complète dans l'hôpital (y compris pour le pourcent d'aumônier) ont concrétisé l'ensemble de la posture prônée dans ce DThP (je reste également porteur d'un religieux réformé) et me permettent à la fois d'expérimenter l'ensemble des éléments de ce DThP et de les réfléchir au moyen des projets de cette Plateforme.

A côté des mutations professionnelles et personnelles diverses vécues au cours de ces dernières années, j'ai vécu concrètement le dernier aspect du travail sur les réflexions de Hurley (cf. supra, 280), à savoir réfléchir de manière créative le processus kénotique qui consiste notamment à se retirer au moment opportun d'une prise en charge que l'on a contribué à faire évoluer. Cela me permet d'écrire que l'utilisation de ce modèle exige une bonne santé psychologique et spirituelle. Puisse-t-elle m'être conservée !

Le stage de formation au modèle STIV / SDAT m'a mis dans une posture qui se rapproche beaucoup de celle de chef de clinique. Il a été très intéressant pour moi d'expérimenter ce rôle pendant ces quelques semaines un rôle. Un des buts a été de ne pas reproduire les travers mille fois dénoncés des responsables médicaux, mais bien de relever des éléments capables un jour de faire évoluer aussi ce rôle-là.

Chapitre 10 : Conclusion

Arrivé au terme de ce long parcours, il est temps de faire une brève reprise de quelques enjeux de ce travail et de répondre à cinq questions relatives à la pastorale hospitalière.

10.1. Situer le modèle dans une tradition de recherche

Le développement du modèle STIV / SDAT et son test ont confirmé que ce geste ne se situait pas dans l'une des traditions de recherche connues sur la spiritualité dans les soins. En effet, les médecins ne se soucient guère de définir les concepts et ne considèrent la spiritualité que comme un élément susceptible d'améliorer des *outcomes* de santé (Koenig et collab. 2012). De leur côté, les soignants ont des concepts et des définitions, une conscience importante des liens entre prise en charge globale de la personne et questions existentielles du patient, mais ils refusent de considérer l'appartenance et l'expérience religieuse comme un élément à intégrer dans l'élaboration du plan de soins (Jobin 2013). Enfin les aumôniers n'ont qu'une production marginale en termes de recherche et, si leurs récits sont souvent révélateurs de l'importance de la spiritualité et de la religion dans le soin, leurs réflexions théologiques et cliniques n'ont pas d'écho chez les autres professionnels de santé. Par contre, les nombreuses citations de théologiens que contient ce travail montrent que ces derniers ont pris conscience de l'intérêt et de la nécessité de réfléchir le développement de la biomédecine tant dans ses conséquences morales que sociales. Mais, ces théologiens manquent encore de relais d'acteurs œuvrant sur le terrain pour mettre à l'épreuve les conclusions de leur réflexion.

Très modestement, ce travail va contribuer à l'émergence d'une tradition de recherche différente et complémentaire de celles existantes. Ce DThP a bien illustré deux des caractéristiques de cette nouvelle tradition de recherche. La première est qu'elle oblige le théologien à quitter sa traditionnelle position en surplomb pour devenir, lui aussi, dans l'institution de santé, force de proposition à

partir de ces connaissances et compétences de théologien. La deuxième est que cette tradition contribue à l'émergence de travaux interdisciplinaires sur la spiritualité dans les soins et enrichit les réflexions sur diverses thématiques théologiques.

Les résultats provenant des travaux de cette tradition de recherche trouveront-elles aussi un écho dans les Eglises en tant que contributions des aumôniers à la définition des nouveaux rôles de ces dernières dans notre société ? Il faut l'espérer, même s'il n'y a actuellement aucune demande.

Les résultats provenant des travaux de cette tradition de recherche auront-ils une meilleure réception dans le milieu médical que les autres et obligeront-ils les acteurs à reconsidérer certains a priori ? Il faut l'espérer, même s'il y a actuellement peu de retours.

10.2. Un nouveau paradigme nécessaire, mais difficile à faire accepter

L'utilisation du modèle STIV / SDAT et son test ont montré que le nouveau paradigme (paradigme n°2) auquel il est adossé est nécessaire. Autrement dit, le paradigme habituel (paradigme n°1) qui sous-tend la pastorale hospitalière ne permet pas le déploiement de l'ensemble des potentialités (connues et inconnues) du modèle STIV / SDAT. Mais, l'aumônier praticien chercheur s'est heurté à une double résistance au cours du temps. La première vient des milieux de l'aumônerie. En effet, les aumôniers sont persuadés qu'ils peuvent utiliser des modèles d'évaluation de la spiritualité de la personne malade hospitalisée sans changer de paradigme. Vraisemblablement, il sera difficile de leur prouver le contraire ! Par ailleurs, les responsables soignants et médicaux n'apprécient guère ce nouveau paradigme. En effet, si l'idée d'un modèle de prise en charge à quatre dimensions (biopsychosocial et spirituel) fait son chemin depuis les Soins Palliatifs, celle d'un paradigme qui sous-tend un modèle qui produit un discours concurrent du discours médical crée un malaise. Celui-ci est encore rarement mis en mots, mais il est perceptible dès que l'aumônier praticien chercheur tente d'opérationnaliser son intégration dans une équipe soignante.

10.3. Des tests réussis, mais une habilitation trop peu connue et conscientisée

La réalisation des protocoles de recherche, par la reprise de données cliniques existantes, montrent sans ambiguïté que les exigences formulées pour ce type de DThP sont remplies.

Même si les résultats du protocole centré la mise à l'épreuve du modèle (n° 1 : présentation de trois cas cliniques) ne sont pas généralisables, ils montrent la cohérence et la dépendance fortes qui existent entre les diverses parties du modèle STIV / SDAT. Cette cohérence, qui apparaît au moment où il devient évident pour l'utilisateur que les résultats d'une étape conditionnent ceux de la suivante, rend peu plausible le fait que l'effet observé dans le CI lors de l'énoncé d'une recommandation de type 3 soit le fruit du hasard. Il serait intellectuellement malhonnête de ne pas mentionner cette hypothèse, mais les nombreuses expériences du même type vécues dans ce même contexte la rendent peu probable.

Même si les résultats du protocole centré sur l'expérimentation du modèle par autrui (n°2 : analyse des journaux de trois stagiaires ayant participé à un stage d'apprentissage du modèle) sont fortement marqués par la culture des stages de type CPT (cf. Partie 3, Chapitre 8), ils montrent que le modèle STIV / SDAT est enseignable et, lorsque les aumôniers stagiaires sont dans la bonne posture, produit ce qu'il est prévu qu'il produise même lorsque les utilisateurs sont peu expérimentés.

En fait, les problèmes liés à la prise en compte des recommandations (trois types confondus) par les médecins (CDC en particulier) illustrent le fait que l'habilitation de l'aumônier (limitée au stage et non nommée explicitement par les responsables médicaux et soignants aux membres des équipes) n'est pas assez ancrée dans les cultures soignante et médicale. De plus, comme l'idée d'une habilitation par l'institution de santé est encore étrangère à la culture des aumôniers en Suisse romande, ces derniers restent en sérieuse difficulté pour mettre en œuvre les résultats de leurs évaluations.

10.4. Un référent théologique inattendu au cœur du travail de ces nouveaux travailleurs de la santé

Le thème de la Kénose, s'il est assez aisé d'en parler lors de débat sur le pouvoir dans la société, n'a que rarement été évoqué dans le cadre de la pastorale hospitalière du fait de la position de non pouvoir des aumôniers dans les institutions de santé. Pourtant, les

réponses à la question de recherche de ce DThP illustrent bien comment les travaux initiés dans cette nouvelle tradition de recherche, le changement de paradigme et la posture de l'aumônier induite par le modèle STIV / SDAT, placent brusquement la réflexion contemporaine sur ce référent théologique au cœur du travail de l'aumônier.

En fait, ce référent théologique a permis un double travail. D'abord sur la définition des buts d'une implication interdisciplinaire de l'aumônier porteur d'un discours sur la dimension spirituelle du patient, ensuite sur la position actuelle des aumôniers, en dénonçant une interprétation erronée de cette position pour en proposer une autre plus en phase avec les réflexions contemporaines sur la Kénose (cf. Partie 3).

Cette réflexion a donc non seulement permis une prise de conscience sur les enjeux de pouvoir que génèrent l'utilisation du modèle dans la prise en charge des patients, mais a aussi concrètement orienté et qualifié l'action des aumôniers relative au projet thérapeutique de ces mêmes patients.

10.5. Un DThP qui répond à cinq questions sur le travail des aumôniers dans les institutions de santé

Ce parcours au DThP répond à cinq questions sur le travail des aumôniers dans les institutions de santé.

La première question est de savoir si les aumôniers sont ou doivent devenir les spécialistes de la dimension spirituelle des personnes malades dans les institutions de santé ? Ce DThP répond clairement que oui. Pourtant, être les spécialistes d'une des dimensions du modèle de prise en charge globale et avoir la responsabilité d'un ensemble cohérent de symptômes touchant cette dimension ne signifient pas être les seuls à porter le souci de cette thématique dans le soin. Les divers membres de la communauté soignante sont invités d'une part à dépister les signes d'une éventuelle détresse spirituelle et d'autre part à accepter que le discours issu de la prise en charge de cette dimension les déplace et les oblige à repenser le projet thérapeutique. Ce que ce DThP propose aussi, en tant que travail effectué dans cette nouvelle tradition de recherche, c'est que le construit de la dimension spirituelle du patient soit le fruit d'une co-construction interdisciplinaire qui intègre des éléments provenant des principales traditions de recherche existant aujourd'hui.

La deuxième question est de savoir si la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée doit permettre de prendre en compte les différentes appartenances et expériences religieuses des patients ? Ce DThP répond clairement que oui. En ce sens, ce DThP critique d'une part l'idéologie qui sous-tend les définitions et concepts soignants qui essentialisent la spiritualité et dissocient totalement expériences religieuses et spiritualité, et d'autre part l'absence d'une dynamique et l'existence de variations dans l'état spirituel tel que décrit dans les recherches biomédicales. La manière de rendre compte de la dimension spirituelle auprès des soignants et des médecins autorise à la fois l'intégration de l'appartenance et de l'expérience religieuse dans la réflexion sur le projet thérapeutique tout en faisant des hypothèses sur les conséquences de cette appartenance et de cette expérience dans le vécu hospitalier du patient (positive, négative, mortifère, etc.).

La troisième question est de savoir si les aumôniers sont condamnés à être les témoins impuissants de la violence institutionnelle ordinaire envers les plus vulnérables (Goffman 1979) ? Ce DThP répond clairement que non. Dans la posture prévue pour les aumôniers dans ce DThP, le travail sur les enjeux de pouvoir, ceux relatifs aux acteurs comme ceux relatifs au système, est au cœur de l'action des aumôniers. Autrement dit, une habilitation dans l'institution de santé permet de dénoncer toute forme de maltraitance envers les plus vulnérables et d'utiliser tous les mécanismes intentionnels prévus sans apparaître comme les donneurs de leçon venant d'institutions ecclésiales n'ayant (plus) aucune légitimation dans l'institution hôte.

La quatrième question est de savoir si les aumôniers peuvent participer valablement aux débats en éthique clinique et à la mise en œuvre des décisions prises dans ce contexte ? Ce DThP répond clairement que oui. Cette nouvelle posture permet d'abandonner les strapontins inconfortables (sens symbolique) dans les réunions où sont débattues les situations complexes. Par ailleurs, il y a là une chance de délaissier les rencontres où le capital sympathie dont bénéficie l'aumônier dans l'équipe de soin l'empêche de se montrer critique envers ceux qui l'ont invité. Le test du modèle STIV / SDAT indique au contraire que la prise en compte de la dimension spirituelle des patients déplacent les questions des soignants et des médecins, et réoriente la discussion et la réflexion à partir d'autres symptômes, jusque là considérés comme des problèmes dans la prise en charge.

La cinquième et dernière question est de savoir si des éléments de la tradition théologique chrétienne peuvent être utilisés dans le travail sur les principaux concepts du soin ? La réponse de ce DThP est clairement oui. Ce DThP montre comment cette utilisation est non seulement possible, mais produit un discours concurrent aux discours des autres disciplines. Par ailleurs, ce DThP explique aussi la posture de l'aumônier dans ces moments particuliers du travail interdisciplinaire. Si le concept d'alliance reste l'exemple le plus connu, bien d'autres concepts du soin sont à reprendre à l'aide des éléments de la tradition théologique chrétienne. Ce travail se conclut par un vœu, que chaque partie de ce DThP devienne un lieu d'intérêt pour des chercheurs de l'ensemble des disciplines du soin.

Listes des annexes

Annexe 1 : Concept du CAHOSP

Bibliographie

663studygroup. [sd] « Chapter 15 qualitative research traditions »

[<http://663studygroup.pbworks.com/w/page/1050527/Chapter%2015%20%20Qualitative%20Research%20Traditions>]

(consulté le 10 septembre 2014).

American Academy of Ophthalmology (AAO). 2008. *Could Religious Beliefs Affect Compliance With Ocular Treatment?* [en ligne]. www.sciencedaily.com/releases/2008/11/081109074608.htm (consulté le 15 mars 2011).

Arvers Odile, Pierre Kerloch, Anne Lortat-Jacob, Guy Moraillon. 2014. *Accompagner en hôpital : oser la rencontre*. Lyon : Chronique Sociale.

Auque, Hubert et Claude Levain, dir. 2001. *Rencontres à l'hôpital : l'aumônerie en question*. Genève : Labor et Fides et Lyon : Réveil Publications.

Bacq, Philippe et Theobald Christoph, dir. 2009. *Passeurs d'Évangile - Autour d'une pastorale d'engendrement*. Bruxelles : Lumen Vitae.

Balboni, Tracy Anne. 2010. Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer : Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death. *Journal of Clinical Oncology* 28, n° 3 : 445-452.

Basset Lytta, Serge Molla, Rosette Poletti. 2013. *Le souffle va où il veut*. Genève : Labor et Fides.

Baumann, Martin et Jörg Stolz, dir. 2009. *La nouvelle Suisse religieuse. Risques et chances de sa diversité*. Genève : Labor et Fides.

Benaroyo, Lazare. 2004. Méthodologie en éthique clinique : une approche intégrant les diverses dimensions éthiques du soin. *Med Hyg* 62, 1304 - 1307.

- Benaroyo, Lazare. 2006. *Ethique et responsabilité en Médecine*. Genève : Editions Médecine & Hygiène.
- Bergmann, Howard. 2007. Frailty : An Emerging Research and Clinical Paradigm-Issues and Controversies. *J Gerontol A Bio Sci Med Sci* 62, n°7 : 731-737.
- Berne, Eric. 1964. *Games People Play*. New-York : Grove Press.
- Berne, Eric. 1975. *What Do You Say After You Say Hello ?* New-York : Grove Press.
- Berquin, Anne. 2010. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse* n° 258 : 1511-1513.
- Besson, Jacques. 2012. Religion et psychiatrie. *Courrier du médecin vaudois* 8.
- Blanchard, Judith. 2012. Screening for spiritual distress in the oncology inpatient : a quality improvement pilot project between nurses and chaplains. *Journal of Nursing Management* 20, 1076 – 1084.
- Blaser, Klauspeter. 2007. La théorisation des pratiques. Dans *Précis de théologie pratique*, sous la direction de Gilles Routhier et Marcel Viau. Bruxelles : Lumen Vitae et Montréal : Novalis. Ivry-sur-Seine : Edition de l'Atelier/Edition Ouvrières.
- Bodenmann Patrick, Hans Wolff, Carlos Madrid. 2009. Vulnérabilités et santé : pourquoi une nouvelle rubrique ? *Revue médicale suisse*, n° 169 : 849.
- Borneman Tami, Betty Ferrell, Christina M. Puchalski. 2010. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management* 40, n° 2 : 163 – 173.

- Brandt Pierre-Yves, Claude-Alexandre Fournier, and Sylvia Mohr. 2009. Self-identity and religion/spirituality. Dans *Religion and Spirituality in Psychiatry*, sous la direction de Harold Koenig et Philippe Huguelet, 158-172. New York : Cambridge University Press.
- Brandt Pierre-Yves, Sylvia Mohr, Christiane Gillièreson, Isabelle Rieben, Philippe Huguelet. 2012. Religious coping in schizophrenia patients : spiritual support in medical care and pastoral counselling. *Toronto Journal of Theology* 28, n° 2 : 193-207.
- Brosset, Agathe. 2010. L'Eglise de la rencontre : compagnonnage et partenariat. Thèse, Université d'Angers.
- Büla, Ch. 1999. L'évaluation fonctionnelle multidimensionnelle : point de départ de la réadaptation gériatrique ? *Gériatrie pratique* 3, n°1 : 17-19.
- Büssing Arndt, thomas Ostermann, Harold Koenig. 2007. Relevance of spirituality and religion in German patients with chronic diseases. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 37, n°1 : 39-57
- Caenepeel, Didier. 2007. «Penser une éthique du soin préventif en psychiatrie, jalons pour une théologie du soin dans le domaine de la maladie mentale Thèse de doctorat. Québec : Université Laval.
- Chams, Cyril et Quentin Guélat. 2013. Problématique de la culture en médecine de famille, une approche centrée sur le patient. Mémoire de Maîtrise. Université de Lausanne.
- Campbell, Michel-M. 2006. L'imaginaire public comme lieu théologique : pour une théorie du discours des deux fils. *Théologiques* 14, n° 1-2 : 191 – 202.
- Carlson Linda E., Michael Speca, Peter Faris, Kamala D. Patel. 2007. One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Breast and prostate cancer outpatients Brain, Behavior, and Immunity*, 21 : 1038–1049.
- Carpenito-Moyet, Lynda Juall. 2012. *Manuel de diagnostics infirmiers*. Traduction française Paris : Elsevier Masson.

- Chenuz, Pierre. 2007. La visite pastorale à l'hôpital. *Ouvertures*, n° 128 : 16 – 23.
- Cherblanc, Jacques et Guy Jobin. 2013. Vers une psychologisation du religieux ? Le cas des institutions sanitaires au Québec. *Archives de sciences sociales des religions* 3, n° 163 : 39-62.
- Chochinov, Harvey Max. 2002. Dignity-Conserving Care - A New Model for Palliative Care: Helping the Patient Feel Valued. *JAMA* 287, n° 17 : 2253-2260.
- Clerc, Olivier. 1999. *L'influence cachée des croyances, médecine, religion et peur*. Saint Julien en Genevois : 3 Fontaines.
- Cohen, Susan et Bailey, Diane. 1997. What makes teams work : group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of management* 23, n° 3 : 239 – 290.
- Cockell, Nell et Wilfred McSherry. 2012. Spiritual care in nursing : an overview of published international research. *Journal of Nursing Management*, n° 20 : 958-969.
- Collaud, Thierry et Concepcion Gomez. 2010. *Alzheimer et démence: Rencontrer les malades et communiquer avec eux*. Saint-Maurice : Saint-Augustin.
- Crozier, Michel et Erhard Friedberg. 1977. *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*. Paris : Seuil.
- Dagenais, Robert. 1991. Pourquoi des stratégies pastorales dans le monde de la santé ? Dans *La Pastorale en milieu de santé : une question de crédibilité ?* Sous la direction de Guy Lapointe. Montréal : Fides.
- Dawn Bueckert, Leah et Daniel S. Schipani. 2006. *Spiritual caregiving in the hospital : Windows to chaplaincy ministry*. Kitchener : Pandora Press.
- Darragh, Neil. 2007. The Practice of Practical Theology : Key Decisions and Abiding Hazards in Doing Practical Theology. *Australian ejournal of Theology* 9 : 1 – 13.
- Delbrouck, Michel. 2008. *Le burn-out du soignant: le syndrome d'épuisement professionnel*. Oxalis. Louvain-la-Neuve : De Boeck.

- Deum, Mélanie. 2004. Développer la pratique réflexive et amorcer la professionnalisation en formation initiale des enseignants par la rédaction du journal de bord. Analyse d'un dispositif belge de formation au préscolaire. Acte du 9^e congrès de l'AIRDF, Québec. [en ligne]. http://www.colloqueairdf.fse.ulaval.ca/fichier/Symposium_Deutzer/Melanie-Deum.pdf (consulté le 2 mai 2013).
- Deane-Drummond, Celia. 2003. *Brave new world ? Theology, ethics and the human genome*. Londres et New-York : T&T International.
- Donegani, Jean-Marie. 2007. [sans titre]. [en ligne] <http://www.sitp.org/la-theologie-pratique> (consulté le 30 novembre 2014).
- Donzé, Marc. 1989. La théologie pratique entre corrélation et prophétie. Dans *Pratique et théologie*, sous la direction de Samuel Amsler et collab. Genève : Labor et Fides.
- Doucet, Hubert. 1998. *Les promesses du crépuscule : réflexions sur l'euthanasie et l'aide médicale au suicide*. Genève : Labor et Fides et Montréal : Fides. (coll. Le Champ Ethique).
- Dozon, Jean-Pierre et Didier Fassin. 2001. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Voix et regards. Paris : Balland.
- Dubet, François. 1994. *Sociologie de l'acteur*. Paris : Seuil.
- Dumas, Marc. 2004. Corrélations d'expériences ? *Laval théologique et philosophique* 60, n° 2 : 317 – 334.
- Dumortier, Francis. 1986. *La fin d'une foi tranquille : Bible et changements de civilisations*. Paris : Les Editions Ouvrières.
- Engel, George. 1980. The clinical application of the Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry* 137, n° 5 : 535-544.
- Fainzang, Sylvie. 2001. L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. *Sciences sociales et santé* 19, n° 2 : 5-28.

- Fassatoui, Omar. 2013. Biomédecine, religions et droit : étude comparative entre islam et judaïsme. Thèse, Ecole Doctorale Sciences Juridiques et Politiques, Université d'Aix-en Provence.
- Ferry, Luc. 1996. *L'homme-Dieu ou le sens de la vie*. Paris : Grasset.
- Fitchett, George. 2002. *Assessing Spiritual Needs*. Lima : First Academic Renewal Press.
- Fitchett, Georges. 2010. Research without numbers : The importance of case studies for healthcare chaplains. *Vision* 20, n°5.
- Fitchett, Georges. 2011. Making our Case(s). *Journal of Health Care Chaplaincy*, n° 17 : 1 – 18
- Fitchett, Georges. *Assessing Spiritual Needs in a Clinical Setting*. [en ligne].
http://www.ecrsh.eu/mm/Fitchett_-Keynote_ECRSH14.pdf (consulté le 3 février 2015).
- Flannelly Kevin, Kathleen Galek, John Bucchino, George F Handzo, Helen P Tannenbaum. 2005. Department Directors' Perceptions of the Roles and Functions of Hospital Chaplains: A National Survey. *Hospital Topics* 86, n° 4 : 19 – 28.
- Flury, André. 2013. Les défis de l'aumônier d'hôpital. *Frères en marche*, n° 4 : 6 – 11.
- Fromaget, Michel. 1999. *Corps, âme, esprit: introduction à l'anthropologie ternaire*. Anvers : Edifie L.L.N.
- Gagey, Henri-Jérôme. 2004. *La théologie pratique, quelle rationalité ?* [en ligne].<http://catho-theo.net> (consulté le 14 octobre 2008).
- Gagnebin, Laurent. 2007. La norme de la Bible en théologie pratique. Dans *Précis de théologie pratique*, sous la direction de Gilles Routhier et Marcel Viau. Bruxelles : Lumen Vitae et Montréal : Novalis. Ivry-sur-Seine : Edition de l'Atelier/Edition Ouvrières.
- Gagnon, Yves-C. 2012. *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec.

Gaillard Desmedt, Sandra. 2013. Bien-être spirituel et stratégies de coping des patients atteints de cancer en cours de traitement. Master en Sciences Infirmières, Université de Lausanne.

Gaillard Desmedt, Sandra et Maya Shaha. 2013. La place de la spiritualité dans les soins infirmiers : une revue de littérature. *Recherche en soins infirmiers* 4, n° 115 : 19-35.

Geffré, Claude. 2001. *Croire et interpréter. Le tournant herméneutique de la théologie*. Paris : Cerf.

Georgi, Dieter. 1997. God Turned Upside Down. Dans *Paul and Empire: Religion and Power in Roman Imperial Society* sous la direction de Richard A. Horsley. Harrisburg : Trinity Press International.

Gergen, Kenneth, J. 2006. *Le constructivisme et le constructionnisme*. [en ligne]
http://www.systemique.be/spip/spip.php?page=forum&id_article=63 (consulté le 8 septembre 2015)

Giguère, Robert, dir. 1993. *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale*. Boucherville : Gaëtan Morin.

Gisel, Pierre. 1989. Introduction. Dans *Pratique et théologie*, sous la direction de Samuel Amsler et collab. Genève : Labor et Fides.

Gisel, Pierre. 1977. *Vérité et histoire*. Paris : Beauchesne.

Goffman, Erving. 1979. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Les Editions de Minuit.

Grellier, Isabelle. 1997. Les démarches de théologie pratique. Dans *Introduction à la théologie pratique*, sous la direction de Bernard Kaempf. Strasbourg : Presses Universitaires de Strasbourg.

« Programme de doctorat en théologie pratique, la thèse, guide de réalisation, Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval, août 2014.

Handso, George et Harold Koenig. 2004. Spiritual Care : Whose Job Is It Anyway ? *Southern Medical Journal* 97, n° 12 : 1242-1244.

- Helman, Cecil. 1994. *Culture, health & illness*. Portland : Taylor & Francis.
- Hufford, David. 2005. [en ligne]. *An analysis of the field of spirituality, religion and health*. www.metanexus.net/tarp (consulté le 3 février 2015).
- Huguelet Philippe, Sylvia Mohr, Laurence Borrás, Christiane Gilleron, Pierre-Yves Brandt. 2006. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric Services* 57, n° 3 : 366-372.
- Huguelet Philippe, Sylvia Mohr, Carine Betrisey, Laurence Borrás, Christiane Gilleron, Adham Mancini, Isabelle Riesen, Nader Perroud, Pierre-Yves. 2011. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. *Psychiatric Services* 62, n° 1 : 79-86
- Hurley, Robert. 2011. De la violence divine à l'obéissance esclave, le Père et le Fils renoncent au pouvoir en Ph 2. *Laval Théologique et Philosophique* 67, n° 1 : 87 – 110.
- Ildikó Lázár, Martina Hubert-Kriegler, Denise Lussier, Gabriela S. Matei, Chratiane Peck. 2007. *Developing and assessing intercultural communicative competence : a guide for language teachers and teachers educators*. Graz : Council of Europe Publishing.
- Illouz, Eva. 2008. *Saving The Modern Soul. Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. San Diego : University of California Press.
- Jacquemin, Dominique. 2002. *Bioéthique, médecine et souffrance: Jalons pour une théologie de l'échec*. Montréal : Mediaspaul.
- Jacquemin, Dominique. 2005. Le concept d'alliance à l'épreuve de la relation de soins. *Revue francophone de psycho-oncologie* n° 4 : 281 - 284.
- Jacquemin, Dominique. 2010. La confrontation à la souffrance : un lieu pour penser le lien entre éthique et spiritualité. Dans *Spiritualité : interpellation et enjeux pour le soin et la médecine, Carnet n°2 de l'espace éthique de Bretagne occidentale*, sous la direction de Danièle Le Boul et Dominique Jacquemin. Montpellier : sauramps médical.

- Jacquemin, Dominique. 2012. *Spiritualités* : quelle place leur accorder dans les soins ? Conférence pour l'association Sésame (Société-éthique-spiritualité en santé mentale).[en ligne]. <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/viespirituelle/documents/jacquemin-spiritualites-soins.pdf> (consulté le 10 janvier 2013).
- Jenicek, Milos. 1977. *Casuistique médicale*. Bien penser un cas clinique. Saint-Hyacinthe : EDISEM ; Montréal : Maloine
- Jobin, Guy. 2006. La créativité éthique et le statut discursif de l'expérience éthique en clinique. Dans *Une bioéthique pour un monde habitable ? La bioéthique en question*, sous la direction de Armelle de Bouvet et Jean-Philippe Cobbaut. Lille : Éditions du septentrion.
- Jobin, Guy. 2009. De la bénéfique ambiguïté des spiritualités, *revue SpiritualitéSanté* 2, n° 2 : 10-13.
- Jobin, Guy et Didier Caenepeel. 2009. Discursivité et co-autorité en éthique clinique : regard critique sur le rôle et les fonctions de la délibération éthique en comité. *Journal international de bioéthique* 16, n° 3 : 107-133.
- Jobin, Guy. 2010. Aborder la spiritualité en milieu de soins: aspects éthiques et institutionnels. Conférence donnée au Département Universitaire de Médecine Sociale et Communautaire (DUMSC / CHUV) dans le cadre de la Formation continue Santé, médecine et spiritualité (30 septembre).
- Jobin Guy. 2010. Quand la faiblesse est donnée ... Kénose et participation au temps du nihilisme. *Études théologiques et religieuses* n° 85 : 323-346.
- Jobin, Guy. 2011. La spiritualité : facteur de résistance au pouvoir médical de soigner ? *Revue d'éthique et de théologie morale*, n° 266 : 131-149.
- Jobin, Guy. 2011. Instituer l'évidement ? Heuristique kénotique et positivité éthique. *Laval Théologique et Philosophique* 67, n° 1 : 69 – 86.
- Jobin, Guy. 2013. *Des religions à la spiritualité, une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*. Bruxelles : Lumen Vitae (coll. Soins et Spiritualités).

- Jobin, Guy. 2013. Etes-vous en *belle* santé ? Sur l'esthétisation de la spiritualité en biomédecine. Dans *Spiritualités et biomédecine, enjeux d'une intégration*, sous la direction de Guy Jobin, Jean-Marc Charron et Michel Nyabenda. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Jobin, Guy. 2015. Spiritualité et interdisciplinarité dans le monde du soin. *Cahiers francophones de soins palliatifs* 15, no 1 : 11-22.
- Jobin, Guy. 2016. L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie. Quelle place pour la réflexion théologique?, dans E. Pouliot, A. Fortin, E. Champagne (dir.), *Pratiques émergentes en théologie. Des « printemps théologiques »?*, Leuven, Peeters (coll. Terra nova 2) p. 175-196.
- Joncheray, Jean. 2007. Théologie et Sciences humaines. Dans *Précis de théologie pratique*, sous la direction de Gilles Routhier et Marcel Viau. Bruxelles : Lumen Vitae et Montréal : Novalis. Ivry-sur-Seine : Edition de l'Atelier/Édition Ouvrières.
- Kambou, Sié-Daniel. [sd]. *De la corrélation aux théologies contextuelles, repères pour une théologie pratique*. [en ligne] <https://tondjol.files.wordpress.com/2011/09/dc3a9marche-dune-approche-thc3a9ologique.pdf> (consulté le 12 août 2013).
- Keller, Pascal-Henry. 1997. *La Médecine psychosomatique en question, le savoir du malade*. Paris : Odile Jacob.
- Koenig, Harold. 2008. *Medecine, Religion and Health : Where Science and Spirituality Meet*. West Conshohoken : Templeton Foundation Press.
- Koenig Harold, Dana King, Verna B. Carson. 2012. *Handbook of Religion and Health*. New York : Oxford University Press.
- Lake, John. 2010. *Réponse de Lake à quatre questions concernant la guérison divine*. [en ligne]. <http://www.enseignemoi.com/john-g-lake/texte/reponse-de-lake-a-quatre-questions-concernant-la-guerison-divine-chapitre-15-27096.html> (consulté le 8 août 2012).

- Lampe, Peter. 2006. Une théologie du Nouveau Testament pour athées ? Perspectives constructivistes. *Études théologiques et religieuses* 81, n° 1 : 65 – 79.
- Larchet, Jean-Claude. 1991. *Théologie de la maladie*. Paris : cerf.
- Larchet, Jean-Claude. 2000. *Thérapeutique des maladies spirituelles*. Paris : Cerf.
- Le Grand-Séville, Catherine. 2007. Évolution des rites et des pratiques Études sur la mort. *Études sur la mort* 1, n° 131 : 135 – 141.
- Lemieux, Raymond. 2003. *La Chaire Religion, spiritualité et santé. Objectifs et champ de travail*. [en ligne]. http://www.crss.ulaval.ca/_docs/lemieux_allocution_290103.pdf (consulté le 4 janvier 2009).
- Lemieux, Raymond. [sd]. La logique du discours clinique. *Feuille de cours Université laval*.
- Lemoine, Laurent. 2011. La guérison entre salut et santé : la nouvelle donne de l'Église et du monde. *Revue d'éthique et de théologie morale* 2, n° 264 : 98-107.
- Lenoir, Frédéric. 2010. *Les métamorphoses de Dieu, des intégrismes aux nouvelles spiritualités*. Paris : Fayard.
- Levain, Claude. 2007. L'écoute du « récit de soi » dans l'accompagnement en milieu hospitalier : une réponse théologique aux « besoins spirituels » ? Thèse de doctorat, Université de Montpellier.
- Levine, Jeffrey. 1994. Religion and health : is there an association, is it valid, and is it causal ? *Social Science Medecine* 38, n° 11 : 1475-1482.
- Lévy, Isabelle. 2008. *Soins, cultures et croyances : guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*. Paris : ESTEM.
- Lhotelier, Alexandre et Yves Saint-Arnaud. 1994. Pour une démarche praxéologique. *Nouvelles pratiques sociales* 7, n° 2 : 93-109.

- Longneaux, Jean-Michel. 2006. La médecine, spiritualité du XXI^e siècle ? *Ethica clinica* 44.
- Löwy, Michaël. 1995. Religion, politique et violence : le cas de la théologie de la libération. *Lignes* 2, n° 25.
- Lucier, Pierre. 1987. Réflexions sur la méthode en théologie. *Cahiers d'études pastorales* n° 5 : 61 – 77.
- Mager, Robert. 2000. Pour l'amour du monde, remarques sur l'expérience de la transcendance dans la modernité avancée. Dans *Mutations culturelles et transcendance à l'aube du XXI^e siècle* sous la direction de Pierre Gaudette. Supplément du *Laval Théologique et Philosophique*.
- Martinot, Delphine. 2002. *Le soi, les approches psychosociales*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Mathwig, Franck. 2013. le débat spirituelo-ecclesial sur l'accompagnement spirituel. *Bulletin de la FEPS*, n° 2 : 34-37.
- Matteo (de), Marie-Agnès et François Xavier Amherdt. 2010. *S'ouvrir à la fécondité de l'esprit. Fondements d'une pastorale d'engendrement*. Saint Maurice : Edition Saint-Augustin.
- McCord Gary, Valerie J. Gilchrist, Steven D. Grossman, Bridget D. King, Kenelm F. McCormick, Allison M. Oprandi, Susan Labuda Schrop, Brian A. Selius, William D. Smucker, David L. Weldy, Melissa Amorn, Melissa A. Carter, Andrew J. Deak, Hebah Hefzy, Mohit Srivastava. 2004. Discussing Spirituality With Patients : A Rational and Ethical Approach. *Annals of Family Medicine* 2, n° 4.
- Ménard, Camil. 1993. L'approche herméneutique en théologie pratique. Dans *Le Point Théologique* n° 57 sous la direction de Bernard Reymond et Jean-Michel Sordet. Paris : Beauschene.
- Meslin, Michel, Alain Proust et Ysé Tardan-Masquelier, dir. 2006. *La quête de guérison. Médecine et religions face à la souffrance*. Paris : Bayard.
- Miller, William R, dir. 2006. *Integrating Spirituality into treatment. Resources for Practitioners*. Washington DC : APA.

- Mohr Sylvia, Laurence Borrás, Pierre-Yves Brandt, Christiane Gilleron, Huguelet Philippe. 2006. Spiritualité, pratiques religieuses et schizophrénie: Mise au point pour le praticien. *Revue Médicale Suisse* 2, 2092-2098.
- Mohr Sylvia, Pierre-Yves Brandt, Laurence Borrás, Christiane Gilleron, Huguelet Philippe. 2006. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 11, n° 163 :1952-1959.
- Mohr Sylvia, Christiane Gilleron, Laurence Borrás, Pierre-Yves Brandt, Huguelet Philippe. 2007. The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, n°195 : 247-253.
- Monod Stéphanie, Christophe Büla, Lazare Benaroyo. 2006. Comment décider quand une situation paraît trop complexe ? *Revue Médicale Suisse*, n° 84.
- Monod Stefanie, Etienne Rochat Christophe Büla. 2006. Quelle place donner à la sphère spirituelle dans la prise en charge des patients âgés ? *Revue Médicale Suisse* 2, n° 85 : 2488 – 2493.
- Monod, Stéphanie et Etienne Rochat. 2007. Spiritualité et médecine : comment prendre en compte la dimension spirituelle des patients ? *Revue Gériatrie pratique*, 4 : 31 – 33.
- Monod, Stefanie, Etienne Rochat, Estelle Martin, Christophe Büla. 2008. Spirituality in post-acute rehabilitation : Appraisal by interdisciplinary team members. *AGS Annual Meeting : poster B137*.
- Monod, Stefanie et Etienne Rochat. 2008. Is there a place for spirituality in the care of elderly patients? Dans *Religion and Psychology*, sous la direction de Frank Columbus. New York : Novapublisher.
- Monod, Stéphanie et Etienne Rochat. 2009. Soigner, guérir, ... mourir. Dans *Soins et spiritualités, Regards de praticiens et de théologiens*, sous la direction de Daniel Frey et Karsten Lehmkuhler. Stasbourg : Presses Universitaires.

- Monod Stefanie, Etienne Rochat, Brenda Spencer, Christophe Büla. 2010. The Spiritual Needs Model: Spirituality assessment in the geriatric hospital setting. *Journal of Religion, Spirituality and Aging* 22, n° 4 : 271 - 284.
- Monod Stefanie, Etienne Rochat, Christophe J. Büla, Guy Jobin, Estelle Martin, Brenda Spencer. 2010. Development and validation of an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons : The Spiritual Distress Assessment Tool. *BMC Geriatrics*, n°10.
- Monod, Stefanie, Mark Brennan, Etienne Rochat, Estelle Martin, Stéphane Rochat, Christophe J. Büla. 2011. Spirituality Assessment in Clinical Research: A Systematic Review of Instruments. *JGIM* 26.
- Monod, Stefanie, Estelle Martin, Brenda Spencer, Etienne Rochat, Christophe J. Büla, Guy Jobin. 2012. Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in older hospitalized patients. *BMC Geriatric*, n° 12.
- Monod, Stéfanie. 2012. *Soins aux personnes âgées : intégrer la spiritualité ?* Soins et Spiritualités n°2. Bruxelles : Lumen Vitae.
- Monod Stefanie, Etienne Rochat, Christophe Büla, Claudia Mazzocato, Brenda Spencer, Thomas Münzer, Armin von Gunten, Pierluigi Quadri, Anne-Véronique Dürst. 2013. Désir de mort chez les personnes âgées : que savons-nous de cette réalité? [en ligne]. www.medicalforum.ch/docs/smf/2013/5152/fr/fms-01766.pdf (consulté le 10 octobre 2013).
- Monod, Stéfanie. 2014. Quels liens entre spiritualité et santé publique ? [en ligne]. <http://www.reiso.org/spip.php?article4976> (consulté le 15 février 2015).
- Moustakas, Clark E. 1990. *Heuristic Research : Design, Methodology and Applications*. Newbury Park : Sage Publications.
- Nadeau, Gilles. 2016. *Écouter. Hériter. Accompagner*, Montréal : Novalis.
- Nadeau, Jean-Guy.1998. « Dieu » dans la théologie pratique : ressource ou tabou ? *Théologiques* 6, n° 2 : 73 - 98.

- Nadeau, Jean-Guy. 2007. Une méthodologie empirico-herméneutique. Dans *Précis de théologie pratique*, sous la direction de Gilles Routhier et Marcel Viau. Bruxelles : Lumen Vitae et Montréal : Novalis. Ivry-sur-Seine : Edition de l'Atelier/Édition Ouvrières.
- NANDA International. 2007. *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and classification*. Philadelphia : NANDA International.
- Nolan, Steve. 2012. *Spiritual Care at the End of Life : The Chaplain as a « Hopeful Presence »*. London : Jessica Kingsley Publishers.
- Nots, Christian. 2013. *Le Soi et le Self : Tome 1 – Aspects politiques et exotiques*. Paris : Publibook.
- Odier, Cosette. 2001. Les stages en milieu hospitalier : une méthode spécifique de formation à la relation pastorale. *Les cahiers de l'IR*, n° 41.
- Odier, Cosette. 2007. *Visiter et soigner les malades*. Précis de théologie pratique Routhier Gilles et Viau Marcel. Bruxelles : Lumen Vitae et Montréal : Novalis. Ivry-sur-Seine : Edition de l'Atelier/Édition Ouvrières.
- Pacherie, Elisabeth. 2002. La dynamique des intentions. *Dialogue*, 42, n° 3 : 447-480.
- Panese, Francesco et Vincent Barras. 2008. Médicalisation de la « vie » et reconfigurations médicales. *Revue des sciences sociales*, n° 39 : 16-25.
- Pargament Kenneth, Harold G. Koenig, Nalini Tarakeshwar, June Hahn. 2001. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients : A two-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine* 161, 1881–1885.
- Pargament, Kenneth. 2007. *Spiritually integrated psychotherapy : understanding and addressing the sacred*. New-York : The Guilford Press.
- Parmentier, Elisabeth. 2006. Le ministère pastoral comme microcosme des enjeux de la théologie pratique. *Études Théologiques et Religieuses* 3 n° 81 : 312 – 335.

Pascual, Pierre. 2005. La généalogie foulcadienne de la médecine familiale en Amérique du Nord. Dans *Michel Foucault et le contrôle social* sous la direction d'Alain Beaulieu. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Peery, Brent. 2013. Chaplaincy Assessment : Perceptive Caring. [en ligne].

<http://www.leadingageok.org/2013AM/March%2012%20Presentations/Social%20Services/Dennis%20Pendleton%20-%20Spiritual%20Assessment%20-%20Expanding%20The%20World%20of%20Faith.pdf> , (Consulté le 5 avril 2013).

Pépin, Jacinthe et Chantal Cara. 2001. La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières. *Théologiques* 9, n° 2 : 33-46.

Pétrémand, Daniel. 2012. Comment ma pratique d'accompagnant spirituel m'a fait réfléchir *Revue internationale de soins palliatifs* 27, n° 1 : 23 – 25.

Pfender, Marcel. 1971. *Les malades parmi nous*. Paris : les berges et les mages.

Pirard, Virginie. 2006. Qu'est-ce qu'un soin ? Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin. *Esprit*, n° 321 : 80 – 94.

Pittet, Charles. 1973. « Le malade devant la mort ». *Les cahiers protestants* 3, 49-51.

Phaneuf, Margot. **2002**. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Paris : Chenelière Education.

Puchalski, Christina. 2006. Spiritual Assessment in Clinical Practice *Psychiatric annals* 36, n° 3.

Puchalski, Christina. 2009. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine* 12, n° 10 : 885-904.

Conseil cantonal de l'Aumônerie œcuménique des Hôpitaux et Cliniques - CAHOSP Rapport annuel 2013 [en ligne]
http://old.eerv.ch/wp-content/blogs.dir/1/files/downloads/2014/06/CAHOSP_2013.pdf (consulté le 14 juin 2015).

- Rimbaut, Gwennola. 2004. « Qu'est-ce que le spirituel ? ». *Les Cahiers de l'Atelier*. n°504 : 3-11.
- Rimbaut, Gwennola. 2006. *Soutenir une démarche spirituelle en milieu hospitalier*. Bruxelles : Lumen Vitae; Montréal : Novalis.
- Rimbaut, Gwennola. 2009. *Qu'est-ce que le spirituel*. [en ligne] <http://gdlyon.pagesperso-orange.fr/ACFcorpsameesprit.htm> (consulté le 11 août décembre 2011).
- Rochat, Etienne. 2004. « Travail sur la prise en compte de la dimension spirituelle chez les personnes hospitalisées en CTR ». Rapport. Orbe : Groupe Label CTR.
- Rochat, Etienne. 2005. Souffrir de douleur existentielle, vers une reconnaissance de la détresse spirituelle ? *Revue Palliative.ch*, n° 2 : 9-13.
- Rochat, Etienne. 2006. L'aumônier, un spécialiste du diagnostic spirituel ? *Revue Ouverture* 1, 45-53.
- Rochat, Etienne et collab. 2014. *Spiritual Needs of Hospitalized Older Adults*. [en ligne]. http://aging.arizona.edu/sites/default/files/spiritual_needs_of_hospitalized_older_adults.pdf (consulté le 3 février 2015)
- Rochat, François. 1992. *La crise de guérison, l'accompagnement spirituel des personnes souffrantes*. Paris : Centurion.
- Rodondi Pierre-Yves, Julia Maillefer, Francesca Suardi, Nicolas Rodondi, Jacques Cornuz, Marco Vannotti. 2009. Physician Response to 'By-the-Way' Syndrome in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine* 24, n° 6 : 739-741.
- Rosselet, François. 2011. La spiritualité, ou comment élargir notre vision du monde. *Revue internationale de soins palliatifs* 26, n° 4 : 311 -312.
- Rosselet, François. *Rapport annuel 2013 : Quelle place pour les Eglises ?* [en ligne]. http://old.eerv.ch/wp-content/blogs.dir/1/files/downloads/2014/06/CAHOSP_2013.pdf (consulté le 4 février 2014).

- Rossi, Ilario. 2007. Annoncer une maladie grave : reconfigurations identitaires des patients. Dans *L'annonce transculturelle de la maladie*, sous la direction de G. Lesoeurs, L. Pons et G. Babany, 93-102. Paris : Téraèdre.
- Rouiller, François. 2013. Dans notre culture, quelles spiritualités, qu'en faire ? *Revue internationale de soins palliatifs* 28, n° 4 : 225 – 226.
- Rousseau, Sabine. 2006. *Guerre du Vietnam et théologie de la libération*. [En ligne]
<http://universaar.uni-saarland.de/journals/index.php/tg/article/viewArticle/134/149> (consulté le 20 décembre 2009).
- Routhier, Gilles. 2008. Cours d'introduction à la théologie pratique. Université Laval.
- [s.a.]. 2014. «Accompagnement – Aumônerie ». *Contact Magazine de l'Hôpital du Valais* 5 : 6-8.
- Sandelowski, Margarete. 1998. Focus on Qualitative Methods, The Call to Experts in Qualitative Research. *Research in Nursing & Health* 21, n° 5 : 467–471.
- Schillebeeckx, Edward. 1981. *Expérience humaine et foi en Jésus-Christ*. Paris : Edition du Cerf.
- Schneider, Daniel K. 2006. Méthodes qualitatives en sciences sociales, Petite introduction aux méthodes qualitatives. [en ligne].
<http://tecfa.unige.ch/guides/methodo/quali/quali.book.pdf> (consulté le 10 avril 2013)
- Schneiders, Sandra Marie. 2003. Religion vs. Spirituality : A Contemporary Conundrum. *Spiritus* 3, n° 2 : 163-185.
- Schwab, Marcos et Lazare Benaroyo. 2009. Les divers sens de la notion d'autonomie en médecine et leur pertinence en clinique. *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 223 : 2163 – 2165.
- Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique. [en ligne].
http://www.chuv.ch/geriatrie/ger_home/ger-patients-famille/ger-unite_de_readaptation/ger-au_cutr_sylvana.htm

- Sessanna Lorelee, Deborah S. Finnel, Meghan Underhill, Yu-Ping Chang, Hsi-Ling Peng. 2010. Measures assessing spirituality as more than religiosity : a methodological review of nursing and health-related literature. *Journal of Advanced Nursing* 67, n° 8 : 1677-1694.
- Sharma Rashmi K., Alan B. Astrow, Kenneth Texeira, Daniel P. Sulmasy. 2012. The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): Development and Validation of a Comprehensive Instrument to Assess Unmet Spiritual Needs. *Journal of Pain Symptom Management* 44, n° 1 : 44 – 51.
- Silvestri Gerard A., Sommer Knittig, James S. Zoller, Paul J. Nietert. 2003. Importance of Faith on Medical Decisions Regarding Cancer Care. *Journal of Clinical Oncology* 21, n° 7 : 1379-1382.
- Simard, Noël. 2006. Spiritualité et santé. *Revue d'intégration sociale et communautaire* 12, n° 1 : 107-126.
- Singy, Pascal. 2001. Points de vue autorisés sur la consultation médicale soumise à traduction. *Bulletin suisse de linguistique appliquée* 74, 175-192.
- Sloan Richard, Emilia Bagiella, Larry VandeCreek, Margot Hover, Carlo Casalone, Trudi Jinpu Hirsch, Yusuf Hasan, Ralph Kreger. 2000. Should physicians prescribe religious activities ? *New England Journal of Medecine* 342, n° 25 : 1913-1916.
- Société Internationale de Théologie Pratique (SITP). [en ligne] : <http://www.sitp.org/la-theologie-pratique/>
(Consulté le 24 septembre 2015)
- Saint-Arnaud, Yves. 1992. *Connaître par l'action*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Stiefel, Friedrich. 2006. *Communication in cancer care*. Berlin et Heidelberg : Springer.
- Stiefel, Friedrich. 2008. Meaning in life assessed with the "Schedule for Meaning in Life Evaluation" (SMiLE): a comparison between a cancer patient and student sample. *Support Care Cancer* 16, n° 10 : 1151 - 1155.

- Streib, Heinz. 2013. Conceptualisation et mesure du développement religieux en termes de schémas et de styles religieux : résultats et nouvelles considérations. Dans *Psychologie du développement religieux: Questions classiques et perspectives contemporaine* sous la direction de Pierre-Yves Brandt et James Meredith Day. Genève: Labor et Fides: 39-76.
- Sulmasy, Daniel. 2002. A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *The Gerontologist* 42 n°3 : 24-33.
- Surbone, Antonella, Matjaz Zwitter, Mirjana Rajer et Richard Stiefel, dir. 2012. *New challenges in communication with cancer patients*. New-York : Springer.
- Terlinden, Guibert. 2006. *J'ai rencontré des vivants, ouverture au spirituel dans le temps de la maladie*. Namur : Fidélité.
- Theissen, Gerd. 1990. L'herméneutique biblique et le recherche de la vérité religieuse. *Revue de théologie et de philosophie* 122, n° 4 : 485 – 503.
- Thiel, Marie-Jo, dir. 2003. *Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales*. Strasbourg : Presses Universitaires de Strasbourg.
- Thiel, Marie-Jo. 2010. Des soins, dans quel esprit ? Ethique, spiritualité et religions dans les soins. Dans *Spiritualité : interpellation et enjeux pour le soin et la médecine, Carnet n°2 de l'espace éthique de Bretagne occidentale*, sous la direction de Danièle Leboul et Dominique Jacquemin. Montpellier : sauramps médical.
- Thiel, Marie-Jo. 2013. Ethique et spiritualité : l'esprit des soins. Dans *Spiritualité et théologie, 2^e édition revue et augmentée*, sous la direction de Christine Aulenbacher. Münster : Lit verlag.
- Thiel, Mary et Mary Redner Robinson. 1997. Physicians' Collaboration with Chaplains : Difficulties and Benefits. *The Journal of Clinical Ethics* 8, n° 1 : 94 – 103.

- Theobald, Christoph. 2010. Session pastorale diocésaine *La pastorale d'engendrement – A l'école du Christ initiateur*. [http://www.diocese-igf.ch/fileadmin/documents/Diocese/SPD2010conferences.pdf] (consulté le 13 mai 2012).
- Tihon, Paul. 2004. L'Eglise, les religions et la culture moderne. *Nouvelle revue théologique* 126, n° 3 : 435-445.
- Tournay, Virginie. 2011. *Sociologie des institutions, une sociologie processuelle*. Que sais-je ? 3915. Paris : Presses universitaires de France.
- Tournier, Paul. 1982. *Face à la souffrance*. Genève : Labor et Fides.
- Tillich, Paul. 1951. *Systematic Theology*. Vol 1 Chicago : The University of Chicago Press.
- Tillich, Paul. 1968. *Théologie de la culture*. Paris édition Planète.
- Tschannen Olivier, Pierre Chenuz, Emmanuel Maire, Daniel Petremand, Peter Vollenweider, Cosette Odier. 2014. Transmission d'informations par les aumôniers dans le dossier-patient : le choix des patients. *Forum Med Suisse* n°49 : 924-926.
- Valotton, Claude. 1999. La formation pastorale à l'écoute et à la communication ou petite histoire de vie du Clinical Pastoral Training. *Revue d'Etudes théologiques et religieuses* 74, n° 3.
- VandeCreek, Larry. 1992. Research in the pastoral care department. Dans *Chaplaincy services in contemporary health care*, sous la direction de L.A. Burton, 65 – 69. Chicago : College of Chaplain.
- VandeCreek, Larry. 1999. Professional Chaplaincy : an absent profession ? *Journal of Pastoral Care* 54, n° 4 : 335 – 342.
- Van der Ven, Johannes A. 1994. L'approche empirique en théologie pratique. *Théologiques* 2, n° 1 : 109 – 125.
- Vannotti, Marco. *Modèle bio-médical et modèle bio-psycho-social* [en ligne]. http://www.cerfasy.ch/cours_modbmbps.php (consulté le 15 janvier 2013).

Van Wyk, A. G. 1995. From « Applied Theology » to « Practical Theology ». *Andrews University Seminary Studies* 33, n° 1 : 85 – 101.

Viau, Marcel. 1992. Pragmatisme et théologie pratique. *Revue de théologie et de philosophie* 42, n° 2 : 115 – 138

Viau, Marcel. 1993. *La nouvelle théologie pratique*. Montréal : Edition Pauline. Paris : Edition du Cerf.

Viau, Marcel. 2007. De la théologie pastorale à la théologie pratique. Dans *Précis de théologie pratique*, sous la direction de Gilles Routhier et Marcel Viau. Bruxelles : Lumen Vitae et Montréal : Novalis. Ivry-sur-Seine : Edition de l'Atelier/Édition Ouvrières.

Viau, Marcel. 2007. La méthodologie empirique en théologie pratique. Dans *Précis de théologie pratique*, sous la direction de Gilles Routhier et Marcel Viau. Bruxelles : Lumen Vitae et Montréal : Novalis. Ivry-sur-Seine : Edition de l'Atelier/Édition Ouvrières.

Von Arx, Nicolas. 2015. *revue SpiritualitéSanté* 2, n° 2 : 10-13.

Weaver Andrew, Kevin J. Flannelly, Clarence Liu. 2008. Chaplaincy research : Its Value, Its quality, and Its Future. *Journal of Health Care Chaplaincy* 14, n°1 : 3-19.

Yaya, Sanni. 2009. *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Zaccaï-Reyners, Nathalie. 2006. Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin. *Esprit* n° 321 : 95 – 108.