

5. Comparaison avec l'aumônerie de l'hôpital

(du CHUV) En quoi est-ce transposable ?

Qu'est-ce qui est différent ?

« Le public cible »

J'ai découvert l'hôpital comme un vrai « condensé » de la société dans laquelle je vis quotidiennement ; Quand on ne se rend pas à l'hôpital, que ce soit pour visiter quelqu'un ou pour s'y soigner (et encore), on ne se rend pas compte de qu'il s'y passe, qui sont ces personnes qui y séjournent, ce qu'il s'y vit. Il y a des personnes de tous âges, de toutes classes sociales, de toutes régions pour ne pas dire de toutes nationalités, et surtout avec chacun.e un parcours de vie différent ; ce qui les amène de gré ou de force à l'hôpital est différent pour chaque patient.e, car même pour une pathologie « identique », le contexte est à chaque fois différent. La réaction aux soins, leur acceptation, sont aussi à chaque fois une autre histoire. Donc l'écoute qu'apporte l'accompagnant.e spirituel.le, qui se veut centrée sur la personne (on se base sur les théories et pratiques de Carl Rogers⁶¹), est bien une écoute et non un message ou une réponse, en tous cas dans un premier temps ; c'est le.la patient.e qui décide de partager ses états d'âme, sa spiritualité, ses questions existentielles, son vécu. L'accompagnant.e spirituel.e est là pour le rejoindre dans son état de patient.e, l'aider à mettre de l'ordre dans ses pensées alors que la notion du temps est chamboulée lorsqu'on est à l'hôpital.

Si la situation au gymnase ou à l'école professionnelle est totalement différente, je fais quand même bien des parallèles avec l'hôpital. Plus encore en école professionnelles, avec des apprenti.e.s qu'avec des gymnasienn.e.s, on a des jeunes qui viennent de partout, géographiquement pour la grande majorité il s'agit du canton de Vaud mais leurs origines sont très diverses, de toutes classes sociales (il fut un temps où l'école des métiers était comme réservée à une certaine « élite », car il fallait payer les études et les jeunes n'y reçoivent aucun salaire, contrairement en entreprise), de toutes classes sociales (ce qui n'a rien à voir avec les facultés intellectuelles et pratiques attendues), et d'âges différents même si on a une grande majorité de jeunes entre 16 et 25 ans, cela fait de grandes différences de maturité, de façons de « voir les choses », et certains.e.s ont un âge nettement plus avancé, dans des situations de réorientation ou de reconversion professionnelle. L'aspect que je vois commun entre les deux institutions est que les personnes sont présentes sur le site, on n'a pas besoin de les faire venir, elles sont là ; à l'hôpital, les patient.e.s y sont 24 heures sur 24 pendant quelques jours, semaines ou mois pour certain.e.s, à l'école professionnelle, les jeunes y viennent tous les jours (pour l'ETML et les gymnases) ou au moins un ou deux jours par semaine pour les apprenti.e.s du dual. Cette dynamique est à saisir, offrant de réelles

⁶¹ Carl R. Rogers, psychologue américain, 1902-1987, fondateur de la psychologie de la non-directivité, de l'approche centrée sur la personne

opportunités dans la façon d'aborder les gens ; il n'y a pas de « marketing » pour attirer les gens mais une alliance à créer lorsque l'accompagnant.e spirituel.le entre en contact. Avec les jeunes, il y a quand même une part de « marketing » à réaliser pour se faire connaître en tant qu'accompagnant.e spirituel.le ou aumônier.ère au travers d'animations et d'organisation d'évènements, mais la plupart de ces actions vont à la rencontre des jeunes « là où ils se trouvent », c'est-à-dire en classe ou dans leur atelier (comme on va rejoindre le.la patient.e dans sa chambre), sans devoir faire des efforts particuliers pour les « attirer » à soi. Celles et ceux qui viennent individuellement trouver l'aumônier.ère ou l'accompagnant.e spirituel.le le font souvent étant « envoyé » par un.e enseignant.e ou l'infirmier.ère scolaire mais rarement d'eux.elles-mêmes. De même à l'hôpital, beaucoup de visites de patient.e.s sont le résultat d'une proposition ou d'un souhait des soignant.e.s envers l'accompagnant.e spirituel.le (qui fait partie de l'équipe de soins), quelques patient.e.s émettent le désir d'être visité par l'accompagnant.e spirituel.le et encore bien des visites sont faites spontanément par l'accompagnant.e.

Dans les deux cas, l'accompagnant.e spirituel.le ou aumônier.ère est présent sur site, tout comme ses « client.e.s » et il s'agit de s'organiser en fonction. Dans les deux cas aussi, les bénéficiaires de l'accompagnement ne sont pas « venus pour ça » ou ne s'y attendent pas. Il s'agit d'un soutien autour de l'activité de la personne, que ce soient des soins ou des études. L'accompagnant.e spirituel.le agit ou intervient sur les effets collatéraux de l'activité principale ; il y a une réaction qui est provoquée chez la personne, souvent bouleversante, contrariante ou négative, qui amène la nécessité ou le besoin d'être accompagné pendant une période relativement courte. Si c'est presque évident de le comprendre pour une personne hospitalisée, ça l'est peut-être moins pour un jeune en formation ; en tous cas ça ne fait pas partie de son plan de formation ! Mais un évènement dans son environnement proche peut évidemment avoir des conséquences sur sa motivation à poursuivre son cursus, tout comme des difficultés dans le cadre de sa formation, du harcèlement de groupe au sein de l'établissement, des changements de relations influentes y compris le rejet par certaines personnes, voire même la découverte de nouvelles pensées face au monde qui l'entoure, la découverte du fonctionnement de la société, etc... tous ces éléments peuvent provoquer de gros bouleversements chez le.la jeune étudiant.e ou apprenti.e nécessitant du soutien. Ce ne sont là pas les soignant.e.s qui vont relever ces états mais les enseignant.e.s qui voient leurs élèves tous les jours ou presque, et qui vont pouvoir ou devoir proposer au jeune comme à l'accompagnant.e spirituel.le ou aumônier.ère un accompagnement, du soutien. Le.la soignant.e comme l'enseignant.e agit comme prescripteur.trice ; cela veut dire qu'il faut également investir, en tant qu'accompagnant.e spirituel.le sur ces personnes-là, pour se faire connaître, faire découvrir son rôle, en quoi cela apporte une plus-value pour ses patient.e.s ou ses élèves, en quoi l'interprofessionnalité est efficace, complémentaire, le tout dans le but d'améliorer la raison première de la présence de la personne accompagnée : les soins pour les uns, les études pour les autres.

La vulnérabilité

Un patient hospitalisé est souvent contrarié dans son parcours de vie ; il peut être confronté à une mort prochaine, rendu vulnérable et dépendant, voire complètement déstabilisé par ce qui lui arrive. Il va être ainsi amené à réfléchir au sens de sa vie et de la vie, à faire le bilan, à s'interroger sur ses valeurs et à ce qui l'a amené dans la situation qu'il traverse aujourd'hui.

Un.e jeune qui a débuté un cursus d'études, que ce soit au travers l'apprentissage d'un métier ou d'une filière d'études à plus long terme, va souvent et assez rapidement être confronté à des doutes, un désenchantement parfois entre ce qu'il.elle avaient imaginé et la réalité du moment de son parcours. Sa vision est à très court terme, donc il.elle est vite découragé.e ou déstabilisé.e momentanément, mais un « rien » le.la remet en piste, fort heureusement ! Cette période d'adolescence est un vrai chantier ouvert à tous points de vue, entre les transformations physiques de leur corps, psychiques avec les ascenseurs émotionnels qui ne connaissent qu'une vitesse (« à fond »), le choix d'un métier ou d'une voie d'étude pour y arriver, sans oublier la recherche d'une place d'apprentissage ou un concours d'entrée d'une école, ou encore un certificat de fin d'études à obtenir pour entamer l'étape suivante qui nous mènera... où ? on en sait pas grand-chose aujourd'hui, etc... Ce chantier vient bouleverser la sécurité de l'enfance où l'on dépendait complètement de ses parents, de sa famille, alors que maintenant, il s'agit de s'en libérer, mais en même temps le.la jeune n'est pas « fini », il.elle est en construction.

A mon avis, au même titre que les aumôniers.ères de l'hôpital s'inquiètent de « l'état spirituel » des patient.e.s hospitalisé.e.s, je crois qu'il est important que « nous » (et pas seulement les aumôniers.ères) nous inquiétions de la santé spirituelle de nos jeunes. Bien souvent, ils.elles ne sont pas conscient.e.s de cette dimension spirituelle, mais leurs questions, interrogations, doutes et autres réactions en lien avec leurs valeurs viennent faire référence à leur spiritualité. A l'heure où ils.elles s'émancipent de leurs parents, il est important qu'ils.elles croisent d'autres adultes avec qui ils.elles pourront discuter, partager, échanger sur ces sujets profonds touchant à la spiritualité. Je vois donc des similitudes entre les patient.e.s et les apprenti.e.s en terme de vulnérabilité.

Un.e patient.e hospitalisé.e est dans une position vulnérable, nécessitant des soins, de l'aide, ne pouvant décider de son sort, de ce qu'on lui administre, et dans une attitude d'attente permanente, que ce soit des informations des médecins, des résultats des examens effectués, ou encore de l'effet positif ou non des traitements prodigués dans l'espoir permanent d'une amélioration, voire d'une guérison.

Psychiquement et spirituellement, l'épreuve de l'hôpital, de la maladie ou des conséquences d'un accident viennent poser un certain nombre de questions, quand ce n'est pas une remise en question de la vie du.de la patient.e qui vient tout bouleverser. La vulnérabilité de la personne dans ces moments-là est totale, les évènements étant comme des révélateurs d'une situation de vie, d'où l'importance d'accompagner ces patient.e.s pendant leur séjour à l'hôpital, en leur permettant de s'exprimer sur la façon dont ils traversent l'épreuve, les écouter sur ce qu'ils ont envie de partager, les sujets qu'ils souhaitent aborder, et ainsi les aider à mettre de l'ordre si nécessaire dans ce qui est souvent un gros

mélange de choses dans leur tête ; cet accompagnement spirituel vient les aider à mieux passer les différentes étapes de leur traitement, et du coup à mieux réagir aux soins, à obtenir de meilleurs résultats dans les soins prodigués.

Le jeune qui traverse une crise, quelle qu'en soit la raison, en sera rendu d'autant plus vulnérable face à ce qui lui arrive, ne sachant souvent pas à quel(s) niveau(x) les causes et les effets se situent ; à l'école, on n'en voit que les symptômes comme des arrivées tardives, des absences répétées, des devoirs à domicile non effectués ou encore des notes insuffisantes l'amenant à l'échec promotionnel. Son entourage, en tous cas au sein de l'établissement, aura tendance à agir ou pire, sanctionner que les symptômes sans en connaître ou à s'intéresser aux causes ; on surfe là sur la limite entre le confidentiel, la vie privée, et ce qui peut ou doit être connu de la situation personnelle du jeune. Ne pas intervenir ou le faire maladroitement ou de la mauvaise façon peut augmenter la vulnérabilité du jeune et provoquer un approfondissement de la crise. Avoir des personnes qui s'y intéressent, qui s'en inquiètent, équipés d'outils adaptés, et qui ne se limitent pas seulement au « premier degré » du problème du jeune me paraît essentiel pour alléger le cartable ; comme évoqué plus haut, il est nécessaire de sensibiliser le corps enseignant également à ces questions spirituelles et existentielles ; les contraintes liées à l'enseignement sont de plus en plus nombreuses et complexes ; l'enseignant.e ne peut être un.e spécialiste dans tous les domaines concernant le jeune ; être en appui, en retrait mais présent.e pour intervenir à leurs demandes et prendre le relais est primordial, faute de quoi, on en restera aux symptômes évoqués plus haut et c'est le jeune en difficulté qui « trinquera », alors qu'il.elle est déjà en difficulté.

L'interpellation du « spirituel »

A l'entrée dans une chambre d'hôpital lors d'une première visite d'un.e patient.e, mes premiers mots sont de me présenter en tant qu'accompagnant spirituel en stage; je vois de suite l'impact du terme « spirituel » sur le.la patient.e, avec l'aspect tantôt interrogateur, tantôt inquiet ou soucieux de l'objet de la visite, ou encore de rebut face à un « inquisiteur qui n'a rien à faire dans ma chambre ». C'est une magnifique occasion pour aborder avec la personne ce que ce terme ou cette notion de spirituel implique ou signifie pour elle. Très rapidement, nous en venons à l'essentiel et le cadre est posé : le fait d'être croyant ou non, en lien avec une communauté ou complètement étranger.ère, voire allergique à ces pratiques, la dimension de la transcendance, existante ou non dans la vie du.de la patient.e.

Avec les jeunes apprenti.e.s, la situation de départ est totalement différente. Premièrement, je n'ai pas (encore) un rôle officiel d'aumônier ou d'accompagnant spirituel, bien qu'étant transparent avec eux sur l'objet de ma formation en cours. Deuxièmement, les discussions que j'ai ou ai eues avec eux sur la spiritualité étaient toujours « annexes » à la pratique prioritaire de mon métier d'enseignant (je ne suis pas là pour leur enseigner ou partager sur des questions d'ordre spirituel). Troisièmement, ces discussions ou partages n'ont jamais été « préparés » ou prévus à l'avance mais sont issus d'une situation commune vécue à un moment donné de la journée ou de la semaine, ou à la suite d'une « crise » de l'un ou l'une apprenti.e donnant lieu à des explications ou discussions. Il n'en demeure pas moins un intérêt, une

interpellation face à ce sujet que je perçois comme prisé par les jeunes ; je ressens cette envie d'aborder les questions spirituelles tout en ayant une certaine réserve à le faire, comme touchant à quelque chose de particulier dont on ne sait pas trop jusqu'où cela va nous mener. Il y a cette part d'inconnue qui est autant attirante et excitante que repoussante. Alors que les visites à l'hôpital sont prévues (non pas par le patient.e, mais par l'accompagnant.e spirituelle) et que le service d'aumônerie est organisé en fonction de cet objectif ou répond à l'une ou l'autre demande, du patient.e ou du personnel soignant, les discussions ou moments de partages avec les jeunes ont, pour ma part, toujours été improvisés, selon l'évènement relaté, le rebondissement face à une situation vécue par l'un.e ou l'autre. Je ne sais d'ailleurs pas comment cela se passerait avec les jeunes si j'étais un aumônier en place, en comparaison avec ma position non officielle, mais non moins intéressée et motivée actuelle d'enseignant. S'il y a des risques à prendre en compte la spiritualité d'un patient hospitalisé, les bénéfices de son intégration avec les autres dimensions biologique, psychologique et sociale de la personne sont relatés, entre autres, dans le livre du Dr. Stéphanie Monod-Zorzi « Intégrer la spiritualité dans le soin aux personnes âgées ? »⁶² : « favoriser l'autonomie de la personne, mobiliser les ressources spirituelles pour mieux intégrer la maladie ou la crise, mieux comprendre les attentes des patients et le choix de traitements et améliorer la qualité des soins ». Si la question de l'intégration de la spiritualité des patients a d'abord été « testée » dans les soins palliatifs et avec les personnes âgées, aujourd'hui cette dimension a été intégrée dans les 4 dimensions des soins du CHUV, à savoir bio-psycho-socio-spirituel⁶³.

Pour la prise en compte de la spiritualité des jeunes, je suis convaincu que ça doit partir de quelque chose de « normal », de quotidien sans en faire un sujet en tant que tel, mais un comme un « souci » permanent. Je serai d'avis de les habituer à prendre en compte leur spiritualité dans leur quotidien, dans tout ce qu'ils vivent ; et pour certain.e.s qui en expriment le besoin ou pour qui la situation est plus compliquée ou qui demande une attention ou un accompagnement plus spécifique, leur proposer d'étendre la démarche de façon plus individuelle. Si on y réfléchit, tout de nous concerne les 4 sous-dimensions spirituelles ; il n'y a rien de ce que nous vivons qui ne touche pas au sens ou à la transcendance ou à l'identité ou aux valeurs, voire aux 4 à la fois ! Pourquoi en serait-il différent pour nos jeunes, qui plus est sont en construction ?

⁶² Dr. Stéphanie Monod-Zorzi, « Soins aux personnes âgées, intégrer la spiritualité ? », Soins & Spiritualités, Lumen Vitae, 2012, Namur, Belgique, et François Rouiller dans la Revue Médicale Suisse N°503/2016, « Spiritualité du patient dans le projet de soins : défis et enjeux »

⁶³ *Ibid.*, Selon modèle Sulmasy, 2002