

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA PLACE ACTUELLE DU SACREMENT DES MALADES DANS LES  
HÔPITAUX FRANCOPHONES QUÉBÉCOIS

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE

EN SCIENCES DES RELIGIONS

PAR

CLAUDE CORNILLON

JANVIER 2009

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à ma directrice de recherche, Diane Laflamme, qui m'a fait confiance en me permettant de cheminer à mon rythme dans ce travail et dont j'ai apprécié les précieuses suggestions. Merci également à Marie-Andrée Roy pour sa présence aidante et ses encouragements lors de la maturation du projet de recherche. Merci à Guy Lapointe, qui a accepté de partager ses connaissances avec moi. Merci aux membres de mon comité d'encadrement : Olivier Bauer et Jean-Jacques Lavoie.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vi
RÉSUMÉ.....	vii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I	
UNE PROBLÉMATIQUE DU DÉNI .....	4
1.1 Le déclin de la pratique de la religion catholique au Québec .....	4
1.2 Le déni de la mort .....	8
CHAPITRE II	
HISTORIQUE DU SACREMENT DES MALADES .....	18
2.1 Origine du mot « sacrement » .....	19
2.2 Signification de l'onction des malades .....	19
2.3 Analyse diachronique du sacrement des malades à travers l'histoire occidentale .....	20
2.3.1 Origine de l'imposition des mains et de l'onction d'huile.....	20
2.3.2 Les guérisons de Jésus et des apôtres.....	21
2.3.3 Dans l'Église primitive.....	22
2.3.4 Du IIIe au VIIe siècle.....	23
2.3.5 L'époque carolingienne.....	27
2.3.6 La théologie scolastique.....	30
2.3.7 Le XIVe siècle et le Concile de Trente.....	31
2.3.8 Au XIXème siècle.....	33
2.3.9 Le Concile Vatican II.....	34
2.3.10 Les années 1970 et le retour au communautaire.....	37
2.4 Synthèse du chapitre.....	38

CHAPITRE III	
MISE EN CONTEXTE DU SACREMENT DES MALADES.....	41
3.1 Les dimensions spirituelle et religieuse de l'expérience du patient en fin de vie.....	41
3.1.1 La souffrance spirituelle.....	42
3.1.2 Définitions des concepts de religion et spiritualité.....	44
3.1.3 Ressources religieuses et spirituelles des patients en fin de vie.....	46
3.2 Les défis de la pastorale de la santé.....	49
3.2.1 Historique de la pastorale de la santé au Québec.....	49
3.2.2 Les défis liés à l'évolution de la profession et du cadre de travail.....	53
3.2.3 Les tensions entre clercs et laïcs.....	56
3.3 Synthèse du chapitre.....	62
CHAPITRE IV	
MÉTHODOLOGIE.....	65
4.1 Présentation du corpus.....	66
4.2 Cadre conceptuel.....	69
CHAPITRE V	
ANALYSE COMPARATIVE : APPROCHE PSYCHO-THÉOLOGIQUE.....	74
5.1 Les besoins spirituels et religieux.....	74
5.2 La célébration du sacrement des malades .....	86
5.3 Plus de créativité dans la célébration du sacrement des malades .....	98
5.4 Synthèse.....	107
5.5 L'appropriation de la réalité .....	109

CONCLUSION .....	113
ANNEXES	
Annexe 1 : Corpus analysé.....	123
Annexe 2 : Nombre de célébrations du sacrement des malades en 2006 dans quelques hôpitaux de Montréal.....	125
Annexe 3 : Exemple d'une grille d'évaluation des interventions visant à répondre aux besoins spirituels et religieux des personnes hospitalisées. ....	126
BIBLIOGRAPHIE .....	127

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Hypothèse .....	16
Figure 2 : Impact de l'évolution historique du sacrement des malades .....	40
Figure 3 : Évolution historique et contexte actuel de la célébration du sacrement des malades .....	64
Figure 4 : Schématisation du cadre conceptuel.....	73
Figure 5 : Les défis actuels de la pastorale de la santé en regard de l'historique du sacrement des malades et de notre cadre conceptuel.....	112

## RÉSUMÉ

La société québécoise, comme plusieurs autres sociétés occidentales, se caractérise par un déni général de la mort. De plus, les Québécois francophones entretiennent une grande ambivalence à l'égard de la religion pratiquée par leurs ancêtres. Dès lors, nous avons tenté de comprendre quelle est, aujourd'hui et dans ce contexte, la place du sacrement des malades dans les hôpitaux francophones. Très vite dans le cours de notre étude, nous avons compris que ce sacrement était en déclin, et cela est inquiétant, car nous pensons que le sacrement des malades peut favoriser l'appropriation de la réalité, essentiel à une acceptation de la mort. En effet, depuis une quinzaine d'années, on note, dans la nouvelle génération, un désintérêt évident pour ce sacrement. Au cours de cette étude, nous avons analysé, d'une part, les dimensions spirituelle et religieuse de l'expérience du patient en fin de vie et, d'autre part, les défis que ce sacrement pose actuellement aux intervenants en soins spirituels. Nous en concluons que le sacrement des malades est en réel danger de disparaître. En effet, même si les malades qui sont demeurés en contact avec la religion catholique demandent encore ce sacrement, ce dernier ne sera bientôt plus disponible en raison de la pénurie de prêtres. Étant donné que l'Église, pour l'instant, ne semble pas vouloir redonner la possibilité aux laïcs de célébrer ce sacrement, il est difficile de faire des prédictions sur sa viabilité. Toutefois, nous pensons que les intervenants en soins spirituels, qui seront bientôt majoritairement des laïcs, auront un rôle important à jouer pour la survivance de ce sacrement qui a eu, de tout temps, une place fondamentale dans l'expérience catholique du mourir.

## MOTS-CLÉS

Religion – spiritualité – maladie – sacrement - mort



## INTRODUCTION

Dans les années 1950, au Québec, quand le médecin considérait qu'il ne pouvait plus rien faire pour son malade, il le remettait entre les mains de la famille afin qu'elle s'occupe de lui, à la maison. Aujourd'hui, le malade est pris en charge par le système hospitalier. Mais comme la médecine d'aujourd'hui s'appuie sur un modèle biomédical rationnel et scientifique qui nie la mort, le malade en fin de vie représente un échec pour la communauté hospitalière. Comme elle considère qu'elle ne peut plus rien faire lui, il est un peu gênant. De fait, le personnel hospitalier, y compris les médecins, n'ont pas appris à affronter l'imminence de la mort – situation qui rend tout le monde inconfortable et cause l'isolement du patient. Il se passe un peu la même chose avec la famille qui, elle aussi, ne sait plus comment faire face à cette éventualité. Comment saurait-elle? Où aurait-elle appris? Cela fait bien cinquante ans qu'on ne meurt plus à la maison.

Les aumôniers qui, à cette époque, résidaient à l'hôpital, visitaient les malades quotidiennement et, comme ils étaient prêtres, ils administraient le sacrement des malades, comme il se devait dans une société catholique, très pratiquante. Mais, depuis la Révolution tranquille, les Québécois ont rejeté l'Église qui avait été omniprésente et toute puissante. Aujourd'hui, la pratique religieuse a chuté dramatiquement si on la compare à ce qu'elle a été, et le Québec se considère désormais comme une société laïque. Malgré cela, il subsiste une certaine ambivalence quant à la place de la religion catholique dans le cœur des Québécois. En effet, même si la foi ne semble plus y avoir sa place, la religion demeure une composante affective importante de la culture.

Aujourd'hui, le personnel hospitalier réfère les malades en fin de vie au service de pastorale qui saura dire ce dont on ne sait plus parler et qui prendra en charge les besoins spirituels et religieux des malades. Mais, les aumôniers sont aujourd'hui appelés « intervenants en soins spirituels », ils peuvent être clercs ou laïcs, hommes ou femmes mais ils sont tous employés de l'hôpital. Au cours des années, afin d'être reconnus comme membres de l'équipe de soins, ils se sont organisés en un groupe d'employés bien formés et syndiqués. En fait, ils sont peu nombreux, mais ils sont généreusement épaulés dans leur travail par une large proportion de bénévoles laïques.

Le contexte dans lequel se situe notre recherche est donc une société québécoise qui, comme plusieurs autres sociétés occidentales, nie la mort et qui vit une grande ambivalence quant à la religion de ses ancêtres. Ce contexte nous incite à poser la question de recherche suivante : Tel qu'il est institué par l'Église catholique, quelle est la place du sacrement des malades aujourd'hui dans les hôpitaux francophones québécois?

Notre premier chapitre définit notre problématique, que nous avons nommée problématique du déni car elle s'appuie sur le tabou de la mort et sur l'ambivalence des Québécois face à la religion catholique, c'est-à-dire que la société se déclare laïque bien que le catholicisme représente encore pour les Québécois une réalité culturelle importante.

Dans un deuxième chapitre, nous faisons l'historique du sacrement des malades afin de comprendre le rôle qu'il a joué, au cours des siècles, dans l'expérience du mourir des catholiques<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Il est ici important de mentionner que dans la religion protestante, il n'existe pas de rite particulier à la veille de la mort. Toutefois, une grande importance est mise sur l'accompagnement des malades et

Dans un troisième chapitre, nous faisons une mise en contexte du sacrement des malades. Nous approfondissons la dimension spirituelle du patient en fin de vie et sa composante importante qui est la souffrance spirituelle. Puis, nous constatons les défis que doivent affronter les intervenants en soins spirituels – aussi bien les défis liés à l'évolution de la profession et du cadre de travail que les défis liés aux changements dans la société québécoise.

Notre quatrième chapitre décrit la méthodologie utilisée, le corpus analysé, ainsi que notre cadre conceptuel. Ce dernier s'appuie sur la trajectoire du besoin au désir de Denis Vasse, sur le concept de pertinence du sacrement de Louis-Marie Chauvet et du concept de créativité sacramentaire de Guy Lapointe. Grâce à cet outil, nous ferons d'une part, une analyse de la notion de besoins spirituels et religieux, tels que décrite par les intervenants en soins spirituels dans la revue de leur association qui est publiée trois fois par an. D'autre part, nous analyserons le sacrement des malades tel qu'il est décrit par ceux qui ont publié leurs réflexions à partir de leur expérience comme intervenants dans des articles ou des monographies – le tout au cours des quinze dernières années.

Cette analyse psycho-théologique nous aidera à situer la place du sacrement des malades dans les hôpitaux québécois francophones aujourd'hui et à atteindre certaines conclusions.

---

des mourants, qui se fait à l'intérieur de périodes d'échanges et de prières. Entre autres auteurs, voir Auque (2001).

## CHAPITRE I

### UNE PROBLÉMATIQUE DU DÉNI

Aujourd'hui, la toile de fond dans laquelle s'inscrit le sacrement des malades est presque exclusivement le milieu hospitalier, lui-même inséré dans une société qui se dit laïque et qui a tendance à occulter la mort. On peut alors se demander quelle place occupe ce sacrement dans ce contexte. Nous verrons tout d'abord le premier élément de notre problématique, le déclin de la pratique de la religion catholique au Québec.

#### 1.1 Le déclin de la pratique de la religion catholique au Québec

Sans faire une analyse exhaustive de ce qu'a été la place de la religion catholique dans la société québécoise, on peut, avec Lemieux (1990), faire deux distinctions. Tout d'abord, le catholicisme canadien-français, religion ethnique, contribue à la sauvegarde de l'identité nationale d'un peuple.

*Cette religion ethnique a alors été le fait d'une nationalité minorisée, c'est-à-dire désappropriée des signifiants politiques de son identité. L'Église, comme elle le fait encore aujourd'hui dans d'autres sociétés à nationalité minorisée telles l'irlandaise et la polonaise, a fourni le langage, les signifiants et parfois les outils politiques de l'identité nationale. (Lemieux, 1990, p. 15)*

Pour comprendre ce concept de religion ethnique, il faut se rappeler que, suite au rapport Durham de 1839 et à la création du Canada-Uni, un profond sentiment de découragement s'installe chez les Canadiens-français et l'avenir semble sombre. Dans le diocèse de Montréal, Mgr Bourget déclenche alors un vaste processus de renouveau qui touchera toutes les dimensions de la société et de la culture montréalaises (Rousseau, 1994). L'urbanisation et la montée d'une petite bourgeoisie nationale entraîneront la religion catholique vers une rapide expansion du domaine

éducatif et social. Grâce à ses institutions, le catholicisme prendra sa place au centre de la culture pour un siècle, devenant un « foyer d'unité » pour les Canadiens-Français (Rousseau, 1994, p. 77).

Puis, dit Lemieux (1990), vers le milieu du XXe siècle, avec la Révolution tranquille, cette bourgeoisie se donne les leviers politiques nécessaires à la réalisation de ses aspirations. Ce nationalisme s'éloigne des symboles et des pouvoirs religieux, prépondérants depuis trop longtemps, pour agir directement sur la scène politique, remettant ainsi en question le pouvoir des institutions religieuses. On assiste alors au passage du catholicisme canadien-français au catholicisme québécois. L'Église traverse une période de crise grave et doit désormais assumer des rôles nouveaux.

*Les vingt-cinq dernières années d'histoire du catholicisme québécois sont celles d'une Église en quête d'une mission qui lui soit propre. Cela s'est fait d'abord par les réformes de la liturgie, de l'enseignement et des communautés religieuses, dans une idéologie de « l'adaptation » : comment transmettre le message dans une culture qui lui est devenue étrangère? Cela s'est traduit ensuite par la recherche de nouveaux terrains d'action. Mais cela s'est surtout manifesté de façon symptomatique par la chute radicale des vocations et le départ de nombreux membres du clergé séculier et des communautés religieuses entre 1967 et 1977. Dépourvue de ses fonctions d'encadrement, l'institution catholique voit ses cadres eux-mêmes la désertier, puis ceux qui restent vieillir sans être remplacés. (Lemieux, 1990, p. 18)*

Avec la modernité, la religiosité populaire va connaître des transformations radicales. Chacun puisant dans les médias de masse d'autres propositions de valeurs, la culture catholique des cinquante dernières années, auparavant réglée par l'Église, est désormais influencée par des systèmes de pensée s'appuyant sur de nouveaux paradigmes, comme celui du Nouvel Âge ou sur d'autres religions comme le bouddhisme. Ces nouvelles formes de spiritualité vont concurrencer, voire même remplacer les pratiques religieuses catholiques. Au Québec, au cours des cinquante dernières années, le déclin de la pratique religieuse traditionnelle est significatif. De

85% en 1965, la pratique dominicale était tombée à 35% en 1990 (Lemieux, 1990, p. 5).

En 2004, un sondage CROP<sup>2</sup> démontrait que seulement 14% des personnes interrogées avaient assisté à un office religieux une fois par semaine ou plus au cours des 12 derniers mois. Les personnes âgées restent traditionnellement plus fidèles à l'Église – en 1984, 71% des personnes de plus de 61 ans pratiquaient régulièrement leur religion comparativement à 30% parmi les 18 à 30 ans (Lemieux, 1990, p. 7). Cette désaffection religieuse a entraîné une baisse radicale de la pratique sacramentelle (Dagenais, 1994).

Notre problématique se situe dans l'ambivalence que l'on retrouve dans la société québécoise. En effet, elle se déclare laïque et le déclin de la pratique religieuse semblerait confirmer cet éloignement de la religion. Pourtant, le sondage CROP révélait que même si 43% des répondants ont déclaré qu'ils n'assistaient pas aux offices religieux, la moitié se disait attachée aux traditions religieuses. Six répondants sur 10 affirmaient que Dieu était présent dans leur vie quotidienne. Finalement, 74% des répondants s'identifiaient à la tradition religieuse catholique, qu'ils la pratiquent ou pas et 58% déclaraient qu'ils avaient des convictions religieuses mais ne les affichaient pas.

Cela expliquerait pourquoi la quasi-totalité des Québécois passe par l'église à l'occasion de la mort d'un de leur proche (plus de 80% selon les thanatologues rencontrés dans la région de Québec – statistique confirmée par les chroniques nécrologiques trouvées en 1989 dans les quotidiens de la région de Québec) (Dagenais, 2000). On peut donc dire avec Lemieux (1990) que la pratique de rites intégrateurs (funérailles, mariage, etc.) n'ont pas connu le même déclin que la

---

<sup>2</sup> Collard, Nathalie. 2004. « Les Québécois croient toujours en Dieu... » *La Presse* (Montréal), 18 décembre, p. A35 : les résultats du sondage CROP reposent sur 988 entrevues téléphoniques effectuées du 15 au 25 novembre 2004. Il s'agit d'un échantillon aléatoire représentatif de la population adulte (18 ans et plus) du Québec.

pratique dominicale, démontrant ainsi une forme de catholicisme « paradoxal » puisqu'il n'est plus associé à une vie religieuse quotidienne, tout en restant ancré dans la culture. Ceci pourrait expliquer le fait que le sacrement des malades continue à être célébré dans nos hôpitaux.

Il est indéniable que les Québécois ont aujourd'hui une position ambiguë face à la religion. Les statistiques concernant la pratique religieuse démontrent un effritement évident. Par contre, les sondages donnent à penser que la religion a encore de l'importance pour eux, mais en même temps ils semblent réticents à le reconnaître, un peu comme s'il n'était pas *politically correct* aujourd'hui d'admettre qu'on est encore attaché à la religion de ses ancêtres. Est-ce bien cela ou serait-ce plutôt qu'ils s'imposent une distance entre leurs propres positions religieuses et celles mises de l'avant par les autorités de l'Église en tant qu'institution? Les Québécois semblent avoir des comptes à régler avec leur Église. Comme dit Bergeron, ils ont « un grief » :

*[...] lorsque l'Église avait le pouvoir, elle a commis des abus. L'institution n'a pas favorisé les femmes, elle s'est opposée à la promotion des droits de la personne et à tout ce qui était promotion humaine. Voilà ce qui a causé la désaffection [...] de plus la religion catholique a gardé le même modèle médiéval qui convenait parfaitement aux personnes illettrées. Elle fonctionne encore selon le même principe dogmatique alors que les gens ont accès maintenant à la philosophie, à d'autres spiritualités, à d'autres religions.*  
(Bergeron, 2001, p. 22)

Lemieux (1990), quant à lui, explique cette ambiguïté par le fait que le catholicisme représente pour les Québécois une réalité culturelle incontournable. En effet, même s'ils transgressent souvent l'institution, qui est d'ailleurs elle-même aux prises avec sa propre quête d'identité, cette dernière est encore considérée comme « le référent naturel de la quête de sens de la très grande majorité. » (Lemieux, 1990, p. 35). Toutefois, on peut se demander si l'appartenance des Québécois à cette religion catholique, qu'on n'ose pas nommer, n'est pas également un attachement

affectif même si elle ne semble plus reposer sur une foi. Nous constatons donc que la question religieuse dans notre société québécoise moderne est marquée par l'ambivalence. Dans le contexte qui nous intéresse ici, c'est-à-dire le sacrement des malades et l'accompagnement des mourants, les statistiques, particulièrement celles qui nous révèlent que 74% des répondants québécois s'identifient à la tradition religieuse catholique, qu'ils la pratiquent ou pas, nous poussent à nous demander si, dans les moments critiques de la vie au cours desquels il faut affronter solitude, souffrance physique et psychologique, désespoir et angoisse, les malades cherchant apaisement et réconfort en eux et autour d'eux, ne sont pas tentés de puiser à des sources culturelles et affectives qui ont contribué à structurer leur existence et leur vision du monde.

Il faut également noter que le déclin de la pratique religieuse a contribué en partie à l'apparition d'un phénomène qui est le deuxième élément de notre problématique, soit le déni de la mort.

## 1.2 Le déni de la mort

Ariès (1977) a appelé « mort apprivoisée » la façon dont la mort était vécue au Moyen-Âge, c'est-à-dire une mort consciente, événement au cours duquel le mourant savait qu'il allait mourir et acceptait sa mort, sans drame, entouré de ses proches.

Puis, on assiste à un déplacement de la « mort apprivoisée » vers la « mort interdite » que l'on retrouve dans nos sociétés modernes. On peut expliquer ce déplacement par la sécularisation de la société occidentale, éblouie depuis le XVIIIe siècle par le développement des sciences, puis, graduellement, par le développement de la technologie. La vision religieuse de l'existence, qui donnait sens à la mort, s'estompe pour donner plus de place à la raison et à la technologie qui, croit-on, résoudront les problèmes de l'humanité.



Dès la seconde moitié du XIXe, on commence à s'interroger sur la nécessité de révéler à un malade la gravité de son état, d'abord pour l'épargner lui, puis pour épargner l'entourage en lui évitant des émotions trop fortes. C'est un peu, dit Ariès (1977), comme si la mort ne devait pas venir perturber la vie.

Puis, les sociétés modernes industrialisées vont de plus en plus se réduire à des dimensions économiques et matérielles, basées sur la consommation, l'individualisme et la performance (Savard, 1992). Finalement, au XXe siècle, les sociétés occidentales ont développé une vision de la mort qu'on cache et qui est devenue taboue car niée.

Au Québec, jusqu'aux grands bouleversements de la Révolution tranquille, la mort était perçue comme faisant partie du quotidien. Elle était familière et redoutable, d'où la nécessité de vivre une vie chrétienne et de mourir en recevant les derniers sacrements. Le modèle chrétien et pré-moderne de la mort était caractérisé par l'acceptation d'une vie de souffrance (pauvreté, maladie, infirmité, etc.) et le rêve d'un bonheur céleste à venir. Entre les deux, la mort était un « passage obligé » (Gagnon, 1987).

Aujourd'hui, à l'instar des autres sociétés occidentales, la société québécoise vit dans l'utopie que la maladie et la mort ne l'atteindront pas. La souffrance, qu'elle soit physique ou psychologique, alors qu'elle est inhérente à la vie semble désormais inutile et absurde. Les ravages causés par la vieillesse et la maladie sont dissimulés grâce au marché de l'esthétique corporelle qui vend des illusions de corps parfaits et d'éternelle jeunesse. Ayant peu de contacts avec les personnes âgées et n'assistant plus à la mort des grands-parents, les jeunes ignorent tout de la mort réelle même s'ils baignent dans des images de mort virtuelle présentées à l'écran. De plus, notre société est basée sur l'avoir, et donc la notion de perte, que ce soit de la jeunesse, de la santé ou de la vie, apparaît comme intolérable.

Ce déni de la mort se retrouve partout dans notre société. En premier lieu dans notre langage, il existe une censure, un interdit : on ne parle pas de la mort. On est inconfortable face à cette éventualité. Le mourant est isolé. Les vivants se dérobent face à la mort d'autrui. On fuit les endeuillés. On se sent mal à l'aise de garder un mourant à domicile car l'agonie nous angoisse. Puis, les signes extérieurs de la mort ont disparu : le tintement du glas, les vêtements noirs du deuil, les pleurs, les sanglots des veillées funèbres qui ne se font plus à la maison mais au salon funéraire; les rites mortuaires s'estompent ou carrément disparaissent. Il semblerait que tout soit mis en œuvre pour qu'une partie de la réalité ne soit pas prise en considération. On refuse de la regarder en face. Freud (1920) dans *Au-delà du plaisir* énonce le principe selon lequel le psychisme humain cherche à se procurer du plaisir et tente d'éviter le déplaisir. Le principe de plaisir exige la satisfaction des pulsions et s'oppose donc à la réalité quand elle est cause de déplaisir. La réalité qui déplaît a tendance à être niée et à ne pas être prise en charge.

Étant donné ce déni de la mort, nos sociétés ne nous préparent pas à son éventualité. Quand la mort frappe nos proches, quelles ressources avons-nous pour traverser cette épreuve qui nous est devenue étrangère? Que faire lorsque notre monde intérieur se disloque à la suite d'un événement aussi dramatique? Comment trouver un sens à la souffrance et à la mort? Il est vrai que, dans ces moments d'angoisse, il est possible d'avoir recours aux services de psychologues mais ne manque-t-il pas un acte de nature symbolique? La personne n'a-t-elle pas besoin de « recourir à l'imaginaire symbolique, au mythe, aux rituels, en d'autres termes, aux procédures religieuses reconnues pour apaiser la violence intense qui [la] meurtrit, pour reconstituer ses limites et donner sens à sa vie » (Jeffrey, 1998, p. 13). N'est-ce pas le rôle du rituel de protéger contre l'angoisse générée par la réalité de la mort? L'anthropologue L.V. Thomas (1988) constate que dans notre société moderne, on assiste à une simplification, une disparition et une privatisation des rites de mort. En évacuant la mort, on a également tendance à évacuer les rites qui l'accompagnaient.

Pourtant, ces rites jouent un rôle important dans le processus de l'acceptation de la séparation et ont une influence sur les répercussions psychologiques du deuil (Hétu, 1994).

Le déni de la mort occupe une place prépondérante dans notre problématique car ne voulant plus prendre conscience de l'éventualité de la mort, on aura tendance à ignorer les rites, en particulier les rites sacramentaires catholiques, qui s'y rattachent. Quant aux personnes qui sont encore proches des rites religieux, le déni de la mort fait en sorte que les familles peuvent avoir tendance à retarder le plus longtemps possible la célébration du sacrement des malades, celui-ci évoquant encore pour plusieurs l'extrême-onction et donc l'inéluctabilité de la mort?

Cette angoisse et ce déni de la mort omniprésents dans notre société se reflètent également dans le milieu hospitalier où s'est installée l'obsession du « guérir à tout prix ». Cela n'a pas toujours été le cas.

Au Moyen Âge, l'hospice, le lieu où on donnait l'hospitalité – institution charitable, fondée et gérée par l'Église catholique –, accueillait gratuitement les indigents et les mourants (Échard, 2006). Il avait donc une vocation plus sociale que médicale. Avec le temps et avec les progrès de la science, c'est l'hôpital qui va connaître une grande expansion en tant qu'institution orientée vers le soin et la guérison. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, les progrès de la science ont transformé ce lieu d'hébergement en centre de soins actifs. Mais, dit Ariès, le médecin « soigne un peu, mais il ne guérit pas » (1977, p. 274). Au XX<sup>e</sup> siècle, les développements de la chirurgie et des traitements médicaux amènent de plus en plus les grands malades à séjourner à l'hôpital. Au fur et à mesure que les hôpitaux s'agrandissent, s'installe une bureaucratisation des services. Les patients deviennent des cas anonymes, souvent identifiés par leur numéro de chambre ou leur diagnostic. À mesure que la médecine se perfectionne, elle remet en question les signes naturels de la mort

comme l'arrêt du cœur ou de la respiration pour déterminer le décès; elle exige un électro-encéphalogramme. L'acharnement thérapeutique s'installe car les médecins ont de la difficulté à accepter la mort comme un phénomène naturel inéluctable.

*L'idéalisation de la médecine est si forte qu'elle conduit la société mais aussi le corps médical, à un déni de ses limites et à l'exigence d'une guérison totale et rapide. [Dans ces conditions, le patient] qui va mourir représente un échec et un rappel des limites du savoir et du pouvoir médical. (Échard, 2006, p. 31)*

Sartore (1992) note que l'extraordinaire développement de la spécialisation et des centres hospitaliers au XXe siècle a eu un impact déterminant sur la maladie. Beaucoup de maladies chroniques ont désormais une évolution lente. Les traitements des maladies graves permettent au malade de vivre plus longtemps. Dans notre monde cartésien, la maladie est souvent perçue comme un événement qui n'a pas de sens et elle n'est plus nécessairement connectée avec la mort. La nécessité d'hospitalisation plutôt que les traitements à domicile provoque l'isolement et la solitude des malades ainsi que la perte de leur identité, d'autant plus que leurs contacts avec les médecins et le personnel de santé sont toujours brefs.

Au Québec, jusqu'aux années soixante, les hôpitaux étaient encore fondés et dirigés par l'Église. Avec la Révolution tranquille, le gouvernement retire aux communautés religieuses la responsabilité des hôpitaux. Ceux-ci sont mis entre les mains de l'État et passent d'une mission caritative à une mission rationnelle centrée sur un but, celui de guérir le malade (Dagenais, 1991). La population, peu habituée à requérir des soins de l'hôpital va graduellement s'y accoutumer, d'autant plus qu'avec l'avènement de l'assurance-maladie, les soins hospitaliers sont gratuits. Avec le développement d'une médecine très spécialisée et technicisée, les médecins en arrivent à la conviction que la maladie peut toujours être guérie. L'hôpital devient le lieu où les techniques médicales tentent de faire reculer la mort jusqu'à faire miroiter l'illusion de l'éliminer. Tout comme dans le reste de la société, le déni de la mort

s'impose à l'hôpital. Les médecins s'acharment contre l'inguérissable et le décès du patient est souvent perçu comme un échec thérapeutique. On ressent parfois un abandon du patient par le médecin spécialiste quand il prend conscience qu'il ne peut pas sauver son patient.

En 1950, 45% des Canadiens mouraient à domicile. De 1994 à 1998 inclusivement, toutes causes de décès confondues, 87% des Québécois sont décédés dans des établissements de santé.<sup>3</sup> On assume qu'ils y auront des meilleurs soins qu'à la maison. Mais, au gré des années, les hôpitaux ont développé des modes de gestion et une organisation du travail qui ont du mal à composer avec les besoins du malade en fin de vie. Mes longues années de pratique dans le milieu hospitalier m'ont permis d'observer que ces malades ont de la difficulté à trouver, dans le personnel hospitalier, des interlocuteurs présents à leur souffrance. Dépassé par une surcharge de travail qui résulte souvent d'une mauvaise gestion de l'hôpital, le personnel est découragé et se sent impuissant. Alors que le patient en fin de vie a d'énormes besoins relationnels, une série d'intervenants gravitent autour de lui, mais il ne s'est jamais senti aussi seul. Il ressent que son corps se dégrade et il ne reconnaît plus son image corporelle. Socialement, il est isolé de son univers familial (domicile, famille, habitudes, etc.) et à l'hôpital, il doit vivre selon un horaire strict, inadapté à ses besoins et dans une promiscuité invraisemblable (Giguère, 1993). Parfois, il ne comprend pas pourquoi on s'acharne à lui faire passer encore un test diagnostique ou subir une autre forme de traitement alors qu'il se sent lui-même en fin de vie. Le Conseil des affaires sociales affirmait en 1991 que « les gens meurent à l'hôpital

---

<sup>3</sup> Dechêne, Geneviève, Dominique Dion et Jean Gratton. 2004. « Où meurent les Québécois ? » *Le médecin du Québec*, vol. 39, n° 4 (avril), p. 111-121 : Les données concernant les décès survenus dans la population adulte québécoise de 1994 à 1998 (inclusivement) proviennent du fichier des décès (SP 3) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

souvent seuls, dans un environnement technologique non choisi et parfois après avoir subi des soins ou des interventions inutiles, douloureux, non désirés, voire refusés. »<sup>4</sup>

C'est dans ce milieu absurde que le malade arrive à l'étape à laquelle il doit se poser des questions essentielles sur le sens de sa vie – questions provoquées par la maladie grave et la proximité de la mort.

Mais, on ne peut mentionner le « guérir à tout prix » du milieu médical sans également évoquer le « guérir à tout prix » des patients et surtout des familles car c'est un jeu qui se joue à deux. En effet, si le patient et sa famille ne sont pas en mesure d'accepter le verdict final de la maladie, le médecin est d'autant plus mal à l'aise dans l'annonce de la mauvaise nouvelle ainsi que dans l'arrêt des traitements.

Dans son dernier livre intitulé *Divine blessure*, l'essayiste et productrice d'émissions culturelles, Jacqueline Kelen, dénonce notre société qui fait croire que l'on peut et que l'on doit guérir de tout.

*Il y a une folle illusion à se vouloir à l'abri de tout, illusion soigneusement entretenue par la société moderne [...] Qui se pense assez puissant ou assez riche pour écarter le malheur? Le monde contemporain, qui ne parle que de bien-être, de bonheur, de santé et de sécurité, se trouve accablé d'une terrible maladie, la maladie d'infantilisme. Aussi n'invoque-t-il que ce mot magique qui trahit son effroi devant la fragilité et le trépas : « guérir ». Grâce à la recherche scientifique [...] la créature humaine peut se protéger de tout, et surtout oublier qu'elle est mortelle. L'obsession de guérir anesthésie la conscience et étouffe le questionnement métaphysique. (Kelen, 2005, p. 10)*

Ce « guérir à tout prix » réclamé par le patient et les familles nourrit le déni de la mort et entretient le malaise entre eux et le personnel hospitalier déjà désarmé

---

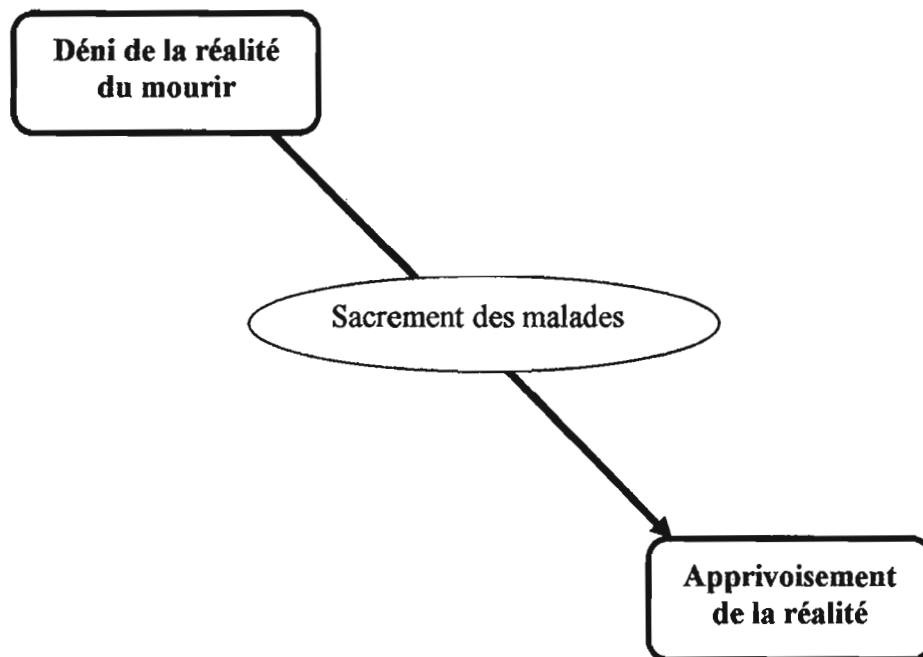
<sup>4</sup> Conseil des affaires sociales. 1991. « *Admettre la mort, l'affronter avec sagesse* » Avis du Conseil des affaires sociales, Sillery (Québec) avril, p. 5.

face à la maladie mortelle. Le milieu hospitalier qui, de tout temps, a été à la fois un lieu de guérison et un lieu de mort, n'est définitivement plus reconnu comme un lieu où la mort a sa place.

En 1975, le D<sup>r</sup> Balfour Mount fonde la première unité de soins palliatifs intégrée dans un hôpital en Amérique du Nord, à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal, en s'appuyant sur le principe que « quand il n'y a plus rien à faire, tout reste à faire » – concept révolutionnaire proposé par la fondatrice des soins palliatifs, en Angleterre, Cicely Saunders. Quelques rares hôpitaux créeront des unités de soins palliatifs et certains médecins ainsi que des infirmières iront se former pour développer une expertise en soins de fin de vie qui mettent l'emphase sur l'accompagnement des mourants. Mais, la création de ces unités de soins palliatifs reste encore marginale. Les familles, aujourd'hui, ont beaucoup de difficultés à y faire admettre leurs patients en fin de vie car les lits font gravement défaut. Les patients qui y sont admis le sont en toute fin de vie, quelques semaines au plus avant leur décès. La majorité des patients meurent encore sur les unités de soins généraux où ils trouvent peu de soutien leur permettant de faire le point sur le sens de leur maladie et de leur mort. Au pire, certains meurent carrément sur une civière à l'urgence, non seulement sans aucun soutien moral mais dans un manque scandaleux de confort et d'intimité.

Comme on peut le constater, chacune des deux composantes de notre problématique révèle à sa manière une sorte de refus de la réalité : d'une part, refus de la réalité de la mort dans la société québécoise et refus de la science médicale d'accepter ses limites. Et d'autre part, ambivalence à l'égard de la religion catholique – ambivalence qui peut aller de la négation de la réalité de leur appartenance à cette religion pratiquée par leurs ancêtres, jusqu'à l'inimitié face à l'institution ecclésiale qui incarne cette religion – religion qu'ils reconnaissent pourtant comme le symbole de leur culture.

Trois éléments ressortent de notre problématique. Tout d'abord, elle révèle que dans les hôpitaux québécois, à cause de l'ambiguïté face à la réalité de son appartenance à une religion, il peut arriver que le malade en fin de vie, souvent de culture catholique, ait de la difficulté à trouver réconfort et apaisement pour traverser cette épreuve. La négation de la réalité de la mort peut aussi empêcher le malade et sa famille d'en arriver à une certaine forme d'acceptation de ce qui leur arrive. Apprivoiser la réalité du mourir permettrait pourtant, dans bien des cas, d'alléger la souffrance. Notre hypothèse est que le sacrement des malades peut favoriser cet apprivoisement de la réalité. Cependant, notre revue de la littérature ainsi que nos rencontres avec des membres du personnel des départements de pastorale de quelques hôpitaux montréalais indiquent que ce sacrement est en déclin et force est de constater qu'il y a urgence.



**Figure 1**

**Notre hypothèse : le sacrement des malades peut favoriser l'apprivoisement de la réalité**



Notre problématique nous incite donc à nous poser la question suivante : Tel qu'il est institué par l'Église catholique, quelle est la place du sacrement des malades aujourd'hui dans les hôpitaux francophones québécois?

Toutefois, avant d'aborder la place du sacrement des malades aujourd'hui, il nous apparaît important de montrer d'abord la place fondamentale qu'il a occupée dans l'expérience chrétienne du mourir. Nous ferons donc une analyse diachronique du sacrement des malades à travers l'histoire de l'Église catholique occidentale.

## CHAPITRE II

### HISTORIQUE DU SACREMENT DES MALADES

Faire l'histoire des sacrements n'est pas chose aisée. Martos (1982) note que l'histoire ne se contente jamais de consigner les faits et les événements. Elle les sélectionne et, comme aucun historien ne peut s'empêcher d'expliquer pourquoi les événements se passèrent ainsi, ils interprètent. L'histoire des sacrements n'y échappe pas. Les sacrements décrits par les Pères de l'Église, puis par les théologiens au gré des siècles démontrent que ces hommes ont été influencés par les Écritures, par les philosophies grecques, par les croyances traditionnelles et même par leurs propres expériences religieuses. Ils ont tenté de démontrer que toutes ces sources ne se contredisaient pas et ont essayé de donner une explication théologique cohérente à ce qu'ils faisaient et pourquoi ils le faisaient.

Nous verrons tout d'abord l'origine du mot « sacrement », puis plus particulièrement du sacrement de l'onction des malades. Ensuite, nous ferons l'histoire de ce sacrement en partant de l'utilisation de l'onction d'huile et de l'imposition des mains dans les sociétés pré-chrétiennes et à l'époque du Christ, en passant par l'onction des malades dans l'Église primitive, puis du III<sup>e</sup> au VII<sup>e</sup> siècles ainsi qu'à l'époque carolingienne. Nous verrons ensuite les changements apportés à ce sacrement au cours du Moyen-Age et lors du Concile de Trente. Nous nous intéresserons ensuite aux « derniers sacrements » comme ils étaient vécus au Québec au XIX<sup>e</sup> siècle et aux changements apportés à ce sacrement dans les années 1960 par le Concile Vatican II ainsi que par le mouvement communautaire des années 1970.

## 2.1 Origine du mot « sacrement »

Le terme sacrement vient du mot latin *sacramentum*. En effet, à l'époque pré-chrétienne, on entendait par sacrement l'obligation que quelqu'un contractait lorsqu'il s'engageait au service d'un autre, sous la foi du serment. Exemple : le serment que faisait le soldat de servir fidèlement l'État et les dieux de Rome s'appelait le sacrement militaire (Martos, 1982). Le *sacramentum* se prenait lors d'une cérémonie religieuse dans un endroit sacré. Les chrétiens du II<sup>e</sup> siècle empruntèrent ce terme pour présenter à leurs contemporains romains la cérémonie de l'initiation chrétienne, le baptême – rituel par lequel on commençait une nouvelle vie de service à Dieu. Marcos mentionne que c'est en 210 que l'on retrouve pour la première fois dans des écrits – ceux de Tertullien – le mot *sacramentum* utilisé dans un sens chrétien. En fait, c'est en cherchant un mot équivalant au terme grec *mysterion* (de *myô*, se fermer, être fermé, se tenir bouche close) pour ses lecteurs latinophones, que Tertullien choisit d'adopter le terme *sacramentum*. En effet, « le mot *mysterion* était déjà utilisé dans les cultes à mystères pour définir un rituel sacré au cours duquel le mythe était présenté symboliquement et sa signification révélée » (Martos, 1982, p. 31)<sup>5</sup>. Au V<sup>e</sup> siècle, tout symbole ou cérémonie sacrée était appelé un *sacramentum*.

## 2.2 Signification de l'onction des malades

La souffrance et la mort sont pour l'homme, peu importe sa religion, une source d'angoisse fondamentale. Devant cet événement incompréhensible, s'il trouve réponse à ses questionnements, la souffrance est un peu plus supportable. L'onction des malades semble apporter ces réponses. En effet, Ortemann (1971) note que l'onction est signe d'une grâce de l'Esprit saint qui révèle au malade qu'il est accompagné par Dieu en tout temps. Selon l'auteur, l'onction efface les séquelles du

---

<sup>5</sup> Notre traduction

péché et signifie le pardon et la permanence de l'amour de Dieu. Le chrétien ne peut échapper à la souffrance mais il peut aller au-delà d'elle dans sa foi et sa confiance en Dieu. Ce sacrement manifeste également au malade que même dans l'isolement de sa maladie, son appartenance à l'Église fait en sorte qu'une communauté l'accompagne. L'onction procure également un soulagement au malade et l'invite à accepter la finitude et la mort.

### 2.3 Analyse diachronique du sacrement des malades à travers l'histoire occidentale

#### 2.3.1 Origine de l'imposition des mains et de l'onction d'huile

Coppens (1925) note que l'imposition des mains était fréquente en Égypte. En effet, pour rappeler à la vie son enfant, la déesse Isis posa ses mains sur lui et prononça des paroles magiques. On retrouve également l'imposition des mains dans les habitudes liturgiques de la religion juive. Dans l'Ancien Testament, l'imposition des mains semble un rituel établi. On imposait les mains lors de la bénédiction : Israël bénit les enfants de Joseph (Gn 48, 14-17) ainsi que lors de l'ordination des prêtres et des sacrificateurs (Nb 27.18). Selon Coppens, dans la mythologie grecque, Asclepios guérissait en imposant les mains et cette pratique n'était pas inconnue non plus des Romains qui la considéraient comme un geste de transmission de force, de sanctification, de consécration.

Quant à l'onction d'huile, Didier (1960) note que l'huile utilisée pendant des siècles dans l'Antiquité était l'huile d'olive, qui était la seule huile connue dans le bassin méditerranéen. Elle était un élément de base absolument primordial pour la vie humaine : alimentation, éclairage, toilette et sport, thérapeutique (potion, onguent). Coppens (1925) mentionne que dans les milieux gréco-romains, l'huile simple était d'un usage profane dans les bains et l'huile sacrée était prescrite lors des exorcismes, pour la consécration des stèles funéraires et des statues des dieux. Chez

les Juifs, elle était d'un usage quotidien. Eux aussi distinguaient l'huile profane, destinée à des fins hygiéniques, de l'huile sacrée, d'ordinaire parfumée et rituellement préparée et conservée au temple. L'huile sacrée était prescrite lors de l'installation des rois et des prêtres. On retrouve également dans l'Ancien Testament l'application d'huile sur les plaies des malades (Ps 109, 18). On peut donc conclure avec Didier « qu'il existe sans aucun doute une continuité entre l'emploi, si courant dans l'Antiquité, de l'huile comme remède, et les onctions sacramentelles chrétiennes » (Didier, 1960, p. 31) qui se développeront par la suite.

### 2.3.2 Les guérisons de Jésus et des Apôtres

Le Nouveau Testament contient de multiples récits dans lesquels Jésus imposait les mains, guérissait les paralytiques et les aveugles, soignait les lépreux et ressuscitait même les morts (Mt 9, 18 ; Mc 5, 23 ; Lc 4,40). Les apôtres furent envoyés par Jésus pour effectuer des guérisons pendant qu'ils prêchaient la bonne nouvelle (Ac 3,1-10; 14, 8-18). D'ailleurs, Didier note que certains théologiens ont cru voir l'origine du sacrement de l'onction des malades dans le texte où il est dit que les Douze, envoyés en mission par Jésus, « chassaient beaucoup de démons et faisaient des onctions d'huile à beaucoup d'infirmités et les guérissaient » (Marc 6,13). Martos (1982) note, par contre, que ce texte a été écrit 40 ans après la mort de Jésus et reflète donc plus ce qui se faisait aux premiers temps du christianisme qu'à l'époque où Jésus vivait. Par contre, on sait, comme on l'a vu plus haut, que l'onction d'huile ainsi que l'imposition des mains étaient des coutumes remontant à l'Antiquité. Coppens (1925) note que l'imposition des mains était souvent accompagnée soit d'une prière qui demandait la guérison, soit d'un ordre de guérir et finalement d'une parole qui déclarait la guérison accomplie. Parfois, Jésus utilisait également une onction de salive ou de poussière humectée.

### 2.3.3 Dans l'Église primitive

Dans son *Dictionnaire d'archéologie chrétienne et de liturgie* (1907-1953), Leclercq signale que, concernant le sacrement des malades, certains auteurs ont insinué que l'Église aurait copié ce qui se faisait chez les Gnostiques. En effet, des papyrus semblent mentionner des onctions utilisées par exemple chez les Marcosiens, groupe gnostique du II<sup>e</sup> qui donnaient aux agonisants la *redemptio mortuorum*, eau mêlée de baume ou d'huile, rendant l'homme invisible aux puissances supérieures. Il peut y avoir des analogies de mots ou de gestes dit Leclercq mais on ne peut prétendre à un emprunt.

Adnès (1994) rapporte que l'Église s'appuie sur le texte de Jacques 5, 14-15 comme texte fondateur de l'onction des malades, mais on ignore qui est ce Jacques. Était-ce Jacques, évêque de Jérusalem après le départ de Pierre qui a eu une position importante dans l'Église primitive (Actes des apôtres 12, 17) aux alentours des années 60 ou un autre Jacques, chrétien de la seconde génération, qui aurait écrit ce texte entre 70 et la fin du I<sup>er</sup> siècle? Personne ne semble le savoir. Par contre, il semblerait que ce texte de Jacques aurait été une lettre adressée aux chrétiens dispersés dans le monde. Il se lit ainsi :

*Quelqu'un parmi vous est-il malade? Qu'il appelle les presbytres<sup>6</sup> de l'Église et qu'ils prient sur lui après l'avoir oint d'huile au nom du Seigneur. La prière de la foi sauvera le patient et le Seigneur le relèvera. S'il a commis des péchés, ils lui seront remis. (Jacques 5, 14-15)*

L'auteur note que dans ce texte, l'onction d'huile se fait « au nom du Seigneur » et qu'il ne s'agit pas d'un procédé médical mais d'un rite religieux. Il précise également que les paroles de la prière en question ne sont pas données,

---

<sup>6</sup> Rappelons ici que le mot « prêtre » ne vient pas du mot grec désignant le préposé à la religion, le *hiereus*, mais d'un mot profane, *presbuteros*, qui signifie le presbytre, l'ancien d'une communauté. (Encyclopedia Universalis France S.A. 2008 en ligne).

suggérant ainsi que les presbytres (les Anciens) devaient les connaître. La forme que prend l'onction d'huile n'est pas non plus décrite. Le rituel semble être un rite ordinaire s'appliquant à un malade grave, certainement alité, sans que rien n'indique qu'il soit mourant. Puisqu'on fait venir les presbytres de l'Église, il semblerait que ce soit en quelque sorte un rite institutionnalisé. « Ce rite a un caractère nettement ecclésial, attribuant son efficacité à la présence du Christ ressuscité et sauveur, dont la foi invoque le nom » (Adnès, 1994, p. 32). L'onction, dans ce cas, semble s'appliquer surtout à une guérison physique.

Martos (1982) rapporte que l'onction des malades dans l'Église primitive est mentionnée dans certains textes : Hippolyte de Rome, théologien grec originaire d'Alexandrie, vers 215, dans sa *Tradition apostolique*, fait référence à une prière concernant de l'huile qui était bénite durant la liturgie eucharistique. Cela semble confirmé par Didier, qui note que cette prière se lisait ainsi :

*De même qu'en sanctifiant cette huile, par laquelle vous avez oint les rois, les prêtres et les prophètes, vous donnez la sainteté à ceux qui en usent et la reçoivent, ainsi puisse-t-elle procurer le réconfort à tous ceux qui en goûtent et la santé à ceux qui en font usage* (cité par Didier, 1960, p. 36)

Cette formule de bénédiction de l'huile, insérée dans la prière eucharistique, sera conservée dans la tradition romaine jusqu'à Vatican II. Cette huile peut désormais être utilisée pour faire des onctions et elle peut également être ingérée. L'effet promis est le réconfort et la santé. Le texte ne dit pas qui administre l'huile et il semblerait que ce soit les fidèles eux-mêmes (Adnès, 1994).

#### 2.3.4 Du III<sup>e</sup> au VII<sup>e</sup> siècle

Martos (1982) remarque que dans *Les constitutions apostoliques*, un texte composé en Syrie autour de 380, on retrouve une prière d'offrande d'huile afin que

Dieu lui donne le pouvoir de restaurer la santé et d'éloigner les démons. Adnès (1994) rapporte que ce texte a eu une large diffusion car on pense que ce recueil a été rédigé par le pape Saint Clément. Le texte dit que l'évêque ou, en son absence, le prêtre, priera au nom de la personne qui a apporté l'huile à bénir et demandera au Seigneur de donner à cette huile la capacité de redonner la santé, de chasser les maladies et d'éloigner les démons. Il semble donc que l'onction d'huile servait aussi lors des exorcismes.

Puis, *L'euchologe égyptien* datant du V<sup>e</sup> siècle et attribué à Sérapion, supérieur d'un monastère, qui devint évêque de Thmuis en Basse-Égypte (Bérard, 1996), contient aussi une formule pour la bénédiction de l'huile qui, non seulement agit sur la santé, mais permet d'obtenir le pardon des péchés :

*Nous te prions d'envoyer du haut des cieux la vertu curative de ton Monogène sur cette huile afin qu'elle éloigne toute maladie et toute infirmité. Qu'elle leur accorde [aux malades] bonne grâce et rémission des péchés, qu'elle soit pour eux un remède de vie et de salut, leur apporte santé et intégrité de l'âme, du corps et de l'esprit, et vigueur parfaite [...] afin que soit glorifié le nom de Jésus-Christ qui a été crucifié et est ressuscité pour nous, qui a porté nos maladies et nos faiblesses et viendra juger les vivants et les morts. (cité par Bérard, 1996, p. 44)*

La formule, note Adnès (1994) ne se limite pas à la santé mais évoque également la grâce. Elle vise la guérison à la fois corporelle et spirituelle. Il y a là une évolution.

Par contre, on note que dans toutes ces bénédictions, il n'est pas question de préparation à la mort. Ce sont des rites qui tendent vers la guérison. C'est un sacrement de la maladie. D'ailleurs, les témoignages jusqu'à la fin du V<sup>e</sup> siècle ne semblent même pas mentionner l'existence d'une communion des mourants (Rébillard, 1994).



Ici, il faut prendre en compte ce que note Didier (1960), c'est-à-dire que pour suivre la lente instauration de l'onction des malades comme sacrement de l'Église, il faut comprendre que les sacrements ne sont pas nés des textes écrits. L'Église a continué à utiliser l'huile dont l'usage était courant depuis les origines. Elle a transmis les gestes avant « toute littérature canonique ».

Il est important de noter qu'avant le VII<sup>e</sup> siècle l'huile pouvait être bénie à la demande car c'étaient les fidèles qui fournissaient l'huile et la remportaient chez eux une fois bénite, « un peu comme le remède de l'Église contre la maladie » (Didier, 1960, p. 39). Puis, cette huile bénite était utilisée par les chrétiens selon leurs besoins – parfois en potion mais la plupart du temps en onction. Ces onctions étaient abondantes, nombreuses et variées, parfois sur tout le corps, renouvelées quotidiennement, comme un traitement médical, pendant plusieurs jours, aussi longtemps que le besoin l'exigeait.

Adnès (1994) note que quand Décentius, évêque de Gubbio, en Ombrie, écrit au pape Innocent 1<sup>er</sup> pour le questionner sur l'onction des malades, ce dernier, dans sa lettre datant de 416, cite le texte de Saint Jacques, et indique que l'huile doit être bénie par l'évêque mais qu'il est permis non seulement aux prêtres mais aussi à tous les chrétiens d'en user, pour faire l'onction dans leurs nécessités personnelles ou celles des leurs. Nous voyons donc que c'est devenu la tâche de l'évêque de consacrer l'huile. Ce document, dit l'auteur, est rapidement devenu le « document canonique normatif » de l'onction, le plus universellement connu et cité. Grâce à lui, l'Épître de Jacques acquit l'autorité d'un texte biblique de base pour l'onction des malades. Mais, il ne s'agit toujours pas encore de préparation à la mort.

On se rappellera, dit Chavasse (1940) que c'est l'huile et non l'administration de l'huile que le Pape Innocent 1<sup>er</sup> au V<sup>e</sup> siècle, appelle *sacramentum*. Cela explique pourquoi il attache tant d'importance à la préparation de l'huile par l'évêque. C'est

celui-ci qui, par son intervention, transforme l'huile en une chose « sainte », un véritable sacrement. Elle est ainsi mise sur un pied d'égalité avec l'Eucharistie.

Selon la lettre d'Innocent 1<sup>er</sup>, pour recevoir l'onction d'huile bénite, il fallait être malade. De quelle maladie? De la simple blessure à la maladie grave, pour les muets, les sourds, les aveugles, et les « énergomènes » (personnes exaltées). De fait l'huile, en potion ou en onguent, jouait le rôle de médicament. En effet, pour détourner les fidèles des pratiques magiques auxquelles on reconnaissait alors un pouvoir de guérison, l'Église ne pouvait faire appel à la médecine qui en était encore à ses premiers balbutiements. Elle chercha donc un rite qui pourrait combattre les usages païens et elle choisit l'onction. Cette tactique fut largement utilisée en Gaule ainsi qu'en Orient (Béraudy, 1974).

Ce n'est qu'à partir du VII<sup>e</sup> siècle que cette bénédiction de l'huile n'aura plus lieu à la demande mais prendra place dans le cadre de la messe chrismale du matin du Jeudi saint (Adnès, 1994). L'huile sera désormais appelée le Saint-Chrême. En fait, le chrême est composé d'huile d'olive et de baume, une espèce de résine très odorante qu'on extrayait, par incision de l'arbre nommé *opobalsamum* qui pousse en Arabie et en Judée. Le texte dont se sert aujourd'hui l'évêque pour bénir l'huile est, dit l'auteur, à peu de chose près resté identique depuis la fin du VI<sup>e</sup> siècle. On y a ajouté progressivement les demandes concernant la santé de l'âme et la phrase : « tous ceux qui utiliseront l'huile sous forme d'onction, de boisson ou d'application » a été remplacée par une formule plus générale : « tous ceux qui recevront l'onction » (Adnès, 1994, p. 40).

Quant à l'usage interne de l'huile, Martos (1982) rapporte que ce n'est qu'au VIII<sup>e</sup> siècle qu'il va disparaître rapidement. L'auteur mentionne également que si nous avons des témoignages écrits sur la forme que prenaient les prières de bénédiction de l'huile, nous ne savons pas quelle forme prenaient les prières qui

probablement accompagnaient l'onction elle-même. Adnès (1994) note que l'application de l'huile se faisait certainement de façon familière et populaire. Seule la bénédiction de l'huile était liturgiquement organisée.

La coutume de l'onction donnée par des laïcs continue jusqu'au début du IX<sup>e</sup> siècle dit Martos, époque à laquelle les évêques décidèrent que seuls les prêtres pouvaient donner ce sacrement. Mais il semble, selon Didier (1960), que les fidèles aient continué à donner l'onction selon les églises et qu'on en trouve encore des traces au XII<sup>e</sup> siècle. L'onction elle-même était effectuée en faisant le signe de la croix avec de l'huile sur plusieurs parties du corps, avec une attention spéciale à la partie du corps qui était la plus souffrante.

### 2.3.5 L'époque carolingienne

Avec l'avènement des rois carolingiens, les VIII<sup>e</sup> et IX<sup>e</sup> siècles sont des temps de renaissance culturelle et religieuse et l'Église va de plus en plus intervenir dans la célébration de l'onction (Adnès, 1994).

Tout d'abord, le sacramentaire gélasien, livre d'église richement enluminé et décrivant les cérémonies de la liturgie ou de la messe ainsi que de la célébration des sacrements, nous donne, au VIII<sup>e</sup> siècle, sa version de la prière de bénédiction de l'huile, qui est ici adressée à l'Esprit-Saint :

*Envoie, nous te le demandons, Seigneur, du haut des cieux l'Esprit-Saint, le Paraclet, dans cette huile que tu as daigné tirer de l'arbre vert, en vue de soulager nos cœurs et nos corps. Que ta sainte bénédiction devienne pour quiconque s'en oint, l'absorbe ou se l'applique, un remède du corps, de l'âme et de l'esprit, qui chasse toutes les douleurs, toute faiblesse, toute maladie du cœur et du corps, elle dont tu as oints les prêtres, les rois et les prophètes et les martyrs, le chrême excellent que tu as béni, Seigneur, et qui demeure en nos*

*entrailles, au nom de Notre-Seigneur Jésus-Christ.* (cité par Ortemann, 1971, p. 22-23)

Et on commence enfin à trouver des témoignages écrits des prières récitées lors des onctions elles-mêmes. On assiste à une évolution dans le rite. Au départ, rapporte Martos (1982), il n'existe qu'une seule formule pour toutes les onctions qui sont appliquées là où la douleur est la plus forte. Ensuite, on assiste à un passage graduel d'une formule à l'autre : tout d'abord, on considère l'onction comme un remède destiné à demander l'aide divine contre les douleurs du corps. Les onctions sur le corps sont nombreuses et ne se limitent pas qu'aux cinq sens. Les formules demandent non seulement la santé corporelle mais également la force contre le démon. Puis, vers la fin du X<sup>e</sup> siècle, les onctions vont se limiter aux cinq sens : « Que par cette onction d'huile sacrée et la bénédiction de Dieu, le Seigneur te remette ce que tu as commis de mal par la vue (le toucher...etc » (cité par Adnès, 1994, p. 42). Puis, on en vient à demander le pardon des péchés commis selon les diverses parties du corps et finalement la formule d'onction est presque devenue une formule d'absolution pénitentielle. On la retrouve dans la formule *Domine Jesu Christe* du *Liber ordinum* qui remonte à avant le IX<sup>e</sup> siècle et dont nous ne citerons ici que la fin :

*[...] car il n'y a rien sous le ciel qui puisse nous sauver, sinon toi, notre Sauveur et notre Rédempteur, bon et juste, munificent et généreux, Dieu et homme. C'est pourquoi nous te prions d'une manière spéciale, toi, source de piété et de bonté, toi qui as porté nos infirmités et qui as guéri toi-même les maladies des hommes indignes et pécheurs, afin qu'à ces plaies, ces maux, ces maladies, que tu as infligés à ton peuple pour ses péchés, tu accordes cet onguent qui guérit. Et de même que les pécheurs craignent ton jugement, qu'ils se confient de même en toi. Amen.* (cité par Ortemann, 1971, p. 27)

Le fait que l'onction soit désormais associée à l'absolution pénitentielle demande la présence d'un prêtre. Les laïcs vont donc se voir retirée la possibilité de donner l'onction des malades.

Au début, plusieurs prêtres participaient à l'onction. Puis, probablement parce que les malades pauvres ne pouvaient payer les frais d'une cérémonie qui rassemblait beaucoup de prêtres rémunérés, l'Église décida qu'un seul officiant suffisait. Il en est resté ainsi dans l'Église d'Occident depuis des siècles tandis que dans l'Église d'Orient, aujourd'hui encore, le rite de l'onction est souvent concélébré par plusieurs prêtres (Adnès, 1994).

Ce qui est déterminant au cours de cette période c'est que, progressivement, les prières de guérison sont évacuées du rite et sont remplacées par des prières de pardon des péchés et d'espérance de salut. On ne donnera l'onction qu'aux malades en fin de vie, à l'article de la mort. Auparavant, dit Martos (1982), l'onction n'était pas demandée pour les mourants. Pour eux, c'est le pardon et l'eucharistie, appelée *viatique*<sup>7</sup> qui étaient demandés. Souvent, l'onction était faite également. Étant donné qu'à cette époque les maladies graves étaient souvent fatales, l'onction était donnée de plus en plus pour les mourants. Adnès (1994) ajoute une autre explication au changement de pratique. Selon lui, il y aurait eu assimilation entre l'onction des malades et la réconciliation de la pénitence *ad mortem*. En effet, cette dernière était longue et lourde puisque même après avoir reçu la réconciliation, le pénitent réconcilié devait se soumettre, jusqu'à la mort, à la continence absolue dans le mariage et à l'abstinence de viande. Cette réconciliation ne se donnait qu'une fois au cours de la vie. Aussi beaucoup la renvoyaient le plus tard possible pour ne pas subir ces conditions. L'onction ayant mis progressivement l'accent sur la rémission des péchés, il devenait facile de lui donner un sens de réconciliation. Ce transfert date du IX<sup>e</sup> siècle. Du même coup, par cette assimilation, l'onction hérite des conséquences difficiles de la pénitence *ad mortem*. Pour les éviter, l'onction va tendre à son tour à être retardée le plus possible jusqu'à la fin de la vie, lorsqu'il y aura réel danger de mort. Donc, le rite de l'onction va se trouver inséré entre la confession et le viatique,

---

<sup>7</sup> Dans l'Antiquité, le mot *viatique* désignait les provisions de route.

comme une prière de recommandation à Dieu faite pour les mourants. Cela donne une apparence funèbre à l'onction et elle devient vraiment le dernier sacrement pour celui qui se trouve sur le point de mourir, pour le préparer à ce départ. D'ailleurs, à partir du XII<sup>e</sup> siècle, l'onction commence à être appelée l'extrême-onction. Cette nouvelle appellation, note Adnès (1994), donnera à l'onction une connexion essentielle avec la mort : elle n'est plus le sacrement des malades mais le sacrement des mourants si bien que la recevoir signifie qu'on est à l'article de la mort. Quant au rituel lui-même, l'huile est appliquée seulement sur les organes des sens, les mains et les pieds (Martos, 1982).

### 2.3.6 La théologie scolastique

La théologie scolastique s'appuie d'abord sur la philosophie et la théologie qu'on enseignait dans les écoles médiévales puis finalement la philosophie et la théologie issues de ces écoles. La théologie scolastique, note Adnès (1994), va organiser la théologie des sacrements au sens strict. Au XII<sup>e</sup> siècle, Pierre Lombard est la référence de cette scolastique. Pour lui, l'onction des malades est simplement le sacrement des mourants. La finalité du rite est la rémission des péchés. Ce sont les conséquences du péché sous une forme ou sous une autre, qui vont marquer toute la théologie de l'onction des malades dans les siècles suivants, et sa pratique prendra essentiellement un caractère pénitentiel. L'extrême-onction prépare l'âme à entrer au ciel le plus rapidement possible et finalement, très lentement, plus aucune allusion ne sera faite à la guérison corporelle ou à un certain effet physique ou à un dépassement de la maladie.

Auparavant, les églises utilisaient en général le long et compliqué rituel romano-germanique. Aux XI<sup>e</sup> et XII<sup>e</sup> siècles, les Clunisiens, ordre monastique bénédictin situé à Cluny, en France, composèrent un rituel très abrégé et plus logique qui se répandit dans toute l'Europe. Les Franciscains l'abrégèrent encore.

Avec quelques variantes mineures, ce rituel traversera les siècles jusqu'à Vatican II (Adnès, 1994).

Les théologiens scolastiques insistèrent sur le fait que seul le prêtre devait donner l'onction car, selon eux, l'onction faite par les fidèles n'avait pas valeur de vrai sacrement. Cela ne fut pas accepté facilement et, dit Adnès, on questionna pourquoi, dans ce cas, Sainte Geneviève pratiquait l'onction des malades, « l'Église répondit que ces onctions n'étaient pas sacramentelles : l'effet de guérison corporel était dû à la dévotion de ceux qui les recevaient ou au mérite de ceux qui les faisaient, mais ce n'était pas une grâce sacramentelle » (Adnès, 1994, p. 47).

### 2.3.7 Le XIV<sup>e</sup> siècle et le Concile de Trente

Au cours du Moyen Âge, ce sacrement subit plusieurs modifications mais les théologiens « admettaient à l'unanimité que l'extrême-onction avait été instituée par le Christ car autrement elle ne pouvait être un véritable sacrement » (Martos, 1982, p. 384). Mais même reconnue officiellement comme un sacrement, l'extrême-onction était finalement peu utilisée car c'était un rite assez élaboré qui coûtait cher, ce qui empêchait les petites gens de le demander. Certains théologiens déclaraient également que ce sacrement était invalide s'il n'était pas célébré juste au moment de la mort. Donc, note Martos, souvent les personnes mouraient avant que le prêtre ait eu le temps d'arriver. Seuls ceux qui pouvaient se permettre d'avoir les services d'un prêtre à leur chevet dans les derniers jours de la maladie pouvaient recevoir l'extrême-onction.

Toujours selon Martos (1982), c'est d'ailleurs parce que ce sacrement était peu utilisé que les réformateurs comme Luther et Calvin eurent peu de scrupules à l'éliminer dans la nouvelle religion qu'ils instaurèrent. Alors que les catholiques affirmaient que l'extrême-onction était un sacrement parce qu'elle avait été instituée

par le Christ, les protestants déclaraient qu'il n'y avait aucun endroit dans les Écritures qui mentionnait que Jésus avait institué ce rite. Pour eux, il était évident que Jésus et ses apôtres guérissaient et faisaient des miracles parce qu'ils portaient en eux le pouvoir de guérir et c'est leur foi qui leur permettait de faire des miracles, et non pas l'huile. Quant au texte de Jacques 5, 14-15, sur lequel l'Église catholique s'appuyait, il était selon eux irrecevable puisque Jacques parlait d'onction des malades et non pas d'onction pour les mourants.

Au XVI<sup>e</sup> siècle, suite à la Réforme protestante et à la demande insistante de Charles Quint, le pape Paul III convoqua un concile, appelé le Concile de Trente, qui devait permettre à l'Église de procéder à sa propre réforme. Les sacrements furent discutés. C'est à ce concile, remarque Didier (1960), qu'il est reconnu que Jacques (dans Jacques 5, 14-15) parle du sacrement de l'onction des malades. Il ne l'institue pas « mais selon l'expression conciliaire, il le ' promulgue' et le ' recommande' à ses lecteurs. On en conclura facilement que son existence était donc dès lors un fait acquis » (Didier, 1960, p. 29).

Martos (1982) note que, au cours de ce concile, les théologiens se questionnèrent également sur les effets de ce sacrement. Les évêques décidèrent donc qu'il avait le pouvoir de pardonner les péchés. En fait, il était perçu comme un rite de passage qui donnait la possibilité au mourant d'entrer dans la phase finale de sa vie avec une paix et une force accrues. Il était aussi perçu comme un rite de célébration. En effet, malgré l'aspect sombre qu'avait la mort au Moyen Âge, l'Église affirmait, par ce sacrement, que la mort n'était pas une fin en soi, que Dieu prenait soin des mourants, même s'ils ne se tournaient vers lui que dans les derniers moments de leur vie. Au Concile de Trente, les sacrements en général furent déclarés efficaces *ex opere operato*, c'est à dire par eux-mêmes, indépendamment de celui qui les célèbre, et même de celui qui les reçoit.



Le Concile de Trente prescrit donc que le rituel sera accompli par le prêtre, qui fera cinq onctions correspondant aux cinq sens, répétant pour chacune la même formule : « par cette sainte onction et sa très pieuse miséricorde, le Seigneur soit indulgent pour les fautes que tu as commises par la vue, l'ouïe, le goût et la parole, le toucher » (cité par Adnès, 1994, p. 60). Cette formule devait être accompagnée de trois oraisons plus antiques, et qui demandaient à Dieu de libérer le fidèle de sa maladie, de lui redonner la pleine santé, spirituelle et physique, afin que, rétabli, il puisse retourner à ses occupations. Le rituel pouvait être répété si la personne rétablie retombait malade plus tard.

### 2.3.8 Au XIX<sup>e</sup> siècle au Québec

Dans le Québec du XIX<sup>e</sup> siècle, dit Rousseau (1998), la mort était omniprésente car les vieillards, les enfants et les mères étaient facilement emportés par les maladies contagieuses. La mort se passait à domicile et le curé se déplaçait pour venir donner « les derniers sacrements ». Si le malade était en danger de mort imminente, il se confessait, communiait et recevait le sacrement de l'extrême-onction qui consistait en des onctions sur différentes parties du corps avec de l'huile consacrée par l'évêque le Jeudi saint de chaque année. En faisant l'onction sur les yeux, les oreilles, les narines, la bouche et les mains, le curé demandait à Dieu d'accorder sa miséricorde au fidèle pour les péchés commis par le moyen de ses cinq sens :

*Pour que ton serviteur (ou ta servante) soit libéré de sa maladie et reçoive le don de la santé, dresse ta droite, Seigneur, Père tout-Puissant, confirme sa force, prends soin de sa puissance et restitue la prospérité à ta sainte Église. (cité par Rousseau, 1998, p. 151)*

Quand le moment de la mort approche, le prêtre,

*vêtu du surplis et de l'étole violette, muni d'eau bénite, entre dans la chambre du mourant en souhaitant la paix à cette demeure et à ses habitants. Après avoir aspergé l'agonisant et les assistants, il lui donne le crucifix à embrasser. Puis, un cierge allumé à la main, à*

*genoux avec les personnes présentes, il entonne une brève litanie. Le tout s'achève par une recommandation de l'âme à Dieu afin qu'elle triomphe des derniers périls des ministres de Satan et que le Christ la fasse entrer au Paradis pour contempler Dieu éternellement.* (Rousseau, 1998, p. 151)

À cette époque, la maladie grave était généralement brève à cause de l'absence de traitements spécialisés. Le malade était soigné à la maison et les soins ne visaient qu'à soulager la souffrance. La relation entre le médecin et le patient, note Rousseau, était la plupart du temps humaine et amicale. Le malade était entouré par sa famille et soutenu par toute la paroisse jusqu'à sa mort.

### 2.3.9 Le concile Vatican II

Le concile Vatican II a été inauguré par le pape Jean XXIII en 1962. Après son décès en 1963, Paul VI lui succède et il lui incombe de poursuivre les travaux du concile commencés par son prédécesseur. En 1963, la *Constitution de la sainte liturgie* précise à l'article 73 que

*l'extrême-onction qui peut également être appelée onction des malades, n'est pas seulement le sacrement de ceux qui se trouvent à toute extrémité. Aussi, le temps opportun pour le recevoir est déjà certainement arrivé lorsque le fidèle commence à être en danger de mort par suite d'affaiblissement physique ou de vieillesse.*

Puis en 1972, toujours sous Paul VI, la Constitution apostolique *Sacram unctioem infirmorum* donne des orientations pour l'organisation du nouveau rite de l'onction des malades.

Dans les décisions du concile, dit Martos (1982), on ressent le besoin de revenir à l'ancienne pratique de l'onction des malades plutôt que l'extrême-onction pour les mourants. C'est donc un retour en arrière et on redonne à ce sacrement son sens premier qui était avant tout d'apporter santé et force – notion que confirme la

prière qui accompagne désormais ce sacrement et que le prêtre prononce une seule fois :

*Par cette onction sainte, que le Seigneur, en sa grande bonté vous reconforte par la grâce de l'Esprit Saint. Ainsi, vous ayant libéré de tous péchés, qu'Il vous sauve et vous relève.* (cité par Martos, 1982, p. 391-392)

L'huile (qui n'est plus nécessairement de l'huile d'olive mais peut être de huile végétale, en cas de nécessité) n'est déposée que sur le front et les mains. Dans certaines circonstances particulières, on peut faire l'onction sur le front seulement ou sur n'importe quelle autre partie du corps. Le prêtre peut utiliser de l'huile bénite par l'évêque mais il peut aussi bénir l'huile lui-même. Adnès (1994) rapporte que le geste traditionnel de l'imposition des mains, déjà rétabli en 1925, n'est pas essentiel au rite de l'onction mais s'y intègre : il prend place avant l'onction proprement dite. Le prêtre impose les mains sur la tête du malade, en silence.

Avec Vatican II, l'extrême-onction redevient donc l'onction des malades. Elle n'est plus le sacrement des personnes mourantes mais une prière pour le rétablissement des malades graves, faite avec l'aide du prêtre et des proches du malade. Néanmoins, pour les malades en fin de vie, l'onction sera accompagnée de l'eucharistie. Tout comme le reconnaît le Concile de Trente, le renouvellement de l'onction peut se faire si le malade, après sa guérison, tombe de nouveau gravement malade ou si, au cours de la même maladie, celle-ci s'aggrave. L'onction peut être administrée à un malade avant une opération chirurgicale, aux personnes âgées dont les forces faiblissent même si elles ne souffrent pas d'une maladie grave, aux enfants, s'ils sont en mesure de comprendre le réconfort qu'apporte le sacrement et, finalement, en cas de doute sur l'opportunité de donner le sacrement, il convient de décider en faveur de sa célébration. Martos (1982) ajoute que l'ordre du rituel sera également changé. L'onction sera désormais donnée après la confession et avant le

viatique plutôt qu'après. C'est donc un retour à l'usage ancien, en vigueur avant le XIV<sup>e</sup> siècle.

Selon Adnès (1994), le rite de l'onction des malades aujourd'hui se déroule donc ainsi. Tout d'abord, les rites initiaux, c'est-à-dire, le salut religieux *Pax Domini sit vobiscum*, puis l'aspersion d'eau bénite, puis l'explication du sacrement, puis la confession du malade et l'acte pénitentiel (*Confiteor*), et finalement la lecture d'un bref texte de l'Écriture. Ensuite, la partie essentielle : une prière litanique, l'imposition des mains en silence sur la tête du malade, une prière d'action de grâces sur l'huile qui a déjà été bénite, l'onction sacramentelle elle-même accompagnée de sa formule. Puis une prière qui varie selon le malade. On termine par les rites de conclusion : la récitation commune du Pater et la bénédiction finale du prêtre.

Adnès note toutefois que s'il y a un retour à l'onction des malades, celle-ci n'est pas pour autant le dernier sacrement. Le viatique c'est-à-dire le sacrement de l'Eucharistie donné aux mourants qui vont quitter cette terre est le vrai sacrement de la mort du catholique, « celui qui unit le mourant au Christ [...] gage de l'unique vie éternelle et de la bienheureuse résurrection dans le Christ » (Adnès, 1994, p. 85).

Mais, note Martos (1982), le plus grand changement qui s'opère après Vatican II n'est pas tant dans la forme du rite lui-même que dans le contexte pastoral dans lequel il s'inscrit désormais. Le nouveau rite n'est plus un rituel isolé mais prend sa place dans un ministère pastoral auprès des malades. Les prêtres ne doivent pas visiter seulement les mourants mais aussi les malades et, de façon générale, ceux qui souffrent. Sous cette forme, le sacrement a pour effet de donner la grâce de surmonter l'anxiété et le désespoir, de reconforter, de guérir physiquement et de grandir spirituellement. Le *Compendium du Catéchisme de l'Église catholique*, publié en 2005 décrit ainsi les effets du sacrement des malades :

*Le sacrement confère une grâce spéciale, qui unit plus intimement le malade à la Passion du Christ, pour son bien et pour le bien de toute l'Église. Elle lui apporte le réconfort, la paix, le courage et le pardon des péchés si le malade n'a pu se confesser. Le sacrement procure aussi parfois, si Dieu le veut, le rétablissement de la santé physique. De toute manière, l'onction des malades prépare au passage vers la Maison du Père. (p. 93)*

### 2.3.10 Les années 1970 et le mouvement communautaire

Vers la fin des années 1970, Fourez (1982) signalait que la pratique des sacrements avait beaucoup diminué. Selon lui « la puissance libératrice des sacrements » se manifestait mal dans une société trop rationnelle. C'est un peu comme si les sacrements ne répondaient plus aux besoins des gens. Les sacrements étant des rites communautaires et non individuels, Fourez croyait que c'étaient les communautés et leur vécu qui redonneraient vie aux sacrements. C'était, en Occident, l'époque du retour au communautaire et, selon Fourez, c'étaient ces communautés qui, en se débarrassant des anciennes formulations des sacrements, redonneraient vie à la symbolique de ces rites en innovant. C'était un peu comme si les communautés libéreraient les sacrements, qui, à leur tour, libéreraient les communautés. La communauté c'était la paroisse, la famille. Il semblait surgir un déplacement comme si ce n'était plus l'Église en tant qu'institution qui déciderait comment se vivraient les sacrements. On souhaitait une porte ouverte à la créativité des communautés. Dans cette fin du XX<sup>e</sup> siècle où la médecine considérait la maladie et la mort plus comme des problèmes à résoudre que comme une expérience humaine à vivre, le mourant représentait un échec pour la science et selon elle, face à un mourant, il n'y avait plus rien à faire. Fourez considérait que c'était justement à ce moment-là que le sacrement des malades pouvait aider à faire face à l'anxiété liée à la mort, « à entrer en contact avec ses sentiments et à découvrir, dans la maladie et la mort même, un don et une espérance venant de Dieu » (Fourez, 1982, p. 136).

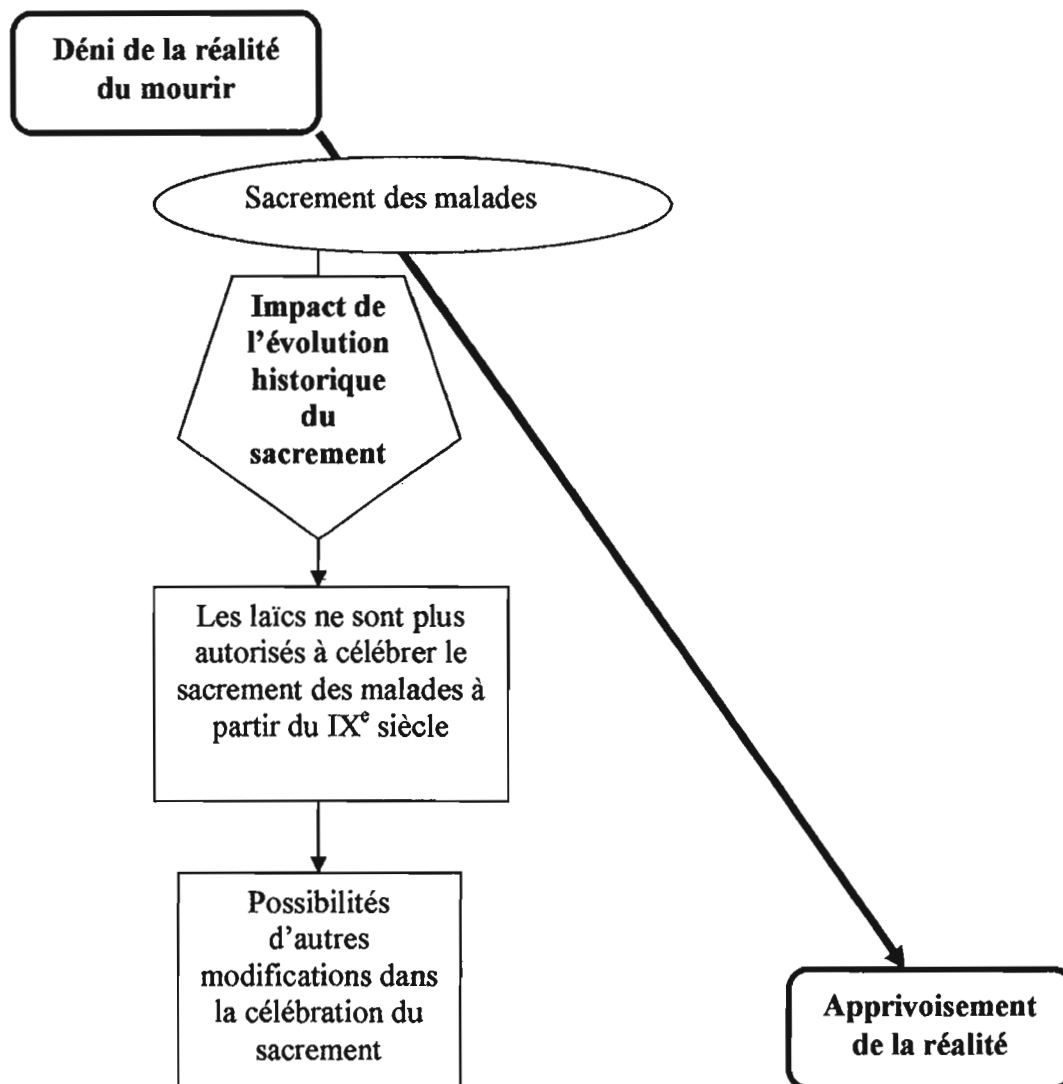
Au Québec, ce mouvement communautaire a donné naissance à quelques centaines de communautés de base (Lemieux, 1990) dont le but, peut-être utopiste dit Lemieux, était de réinventer l'Église. Malheureusement, en ce qui concerne le sacrement des malades, on sait que l'avènement de l'assurance-maladie, concomitante à ce retour au communautaire, a créé une augmentation du nombre de décès en milieu hospitalier et donc un éloignement de la communauté du lieu du décès.

#### 2.4 Synthèse du chapitre

Afin de résumer cette section sur l'historique du sacrement des malades, on peut dire qu'au cours des siècles, on assiste à de nombreuses modifications. En ce qui concerne la fonction du sacrement, on va de la restauration de la santé et de l'éloignement des démons dans l'Église primitive, à une fonction de pardon des péchés à l'époque carolingienne, à une rémission des péchés sans aucune allusion à la guérison corporelle durant l'époque scolastique, pour finalement retourner, avec le Concile Vatican II à la tradition de l'Église primitive portant sur la restauration de la santé. On trouve également des changements dans l'évolution de la célébration du sacrement. Dans l'Église primitive, l'évêque bénit l'huile qui est fournie par les fidèles qui la rapportent à la maison pour utilisation ultérieure. Elle peut être utilisée pour faire des onctions ou être ingérée. Du III<sup>e</sup> au VI<sup>e</sup> siècles, le sacrement est l'huile et non pas l'administration de l'huile. À partir du VII<sup>e</sup> siècle, la bénédiction de l'huile par l'évêque ne se fait plus à la demande mais lors de la messe chrismale du Jeudi saint. À l'époque carolingienne puis scolastique, d'une part l'ingestion de l'huile disparaît rapidement et d'autre part, les évêques décident que seuls les prêtres peuvent administrer l'onction; les laïcs perdent ce droit. En effet, l'onction devient le sacrement de l'extrême-onction pour les mourants et l'onction étant désormais administrée avec le sacrement de pénitence, la présence d'un prêtre est donc exigée. Avec le Concile Vatican II, il y a un retour à l'ancienne pratique qui veut que

l'onction soit administrée aux malades. Contrairement à l'extrême-onction, l'onction des malades peut être répétée plusieurs fois au cours de la maladie. Également elle n'est plus le dernier sacrement : l'Eucharistie est le sacrement des mourants, et, finalement, l'huile peut être bénie par le prêtre lui-même.

Cette analyse diachronique du sacrement des malades à travers l'histoire occidentale fait ressortir quelques éléments importants : tout d'abord que, contrairement à aujourd'hui, ce sacrement a, de tout temps, occupé une place fondamentale dans l'expérience catholique du mourir; puis, qu'il a subi de nombreuses transformations au cours des siècles, dont l'une des plus importantes nous semble être due au fait qu'à partir du Moyen-Âge, l'Église a retiré aux laïcs le droit d'administrer l'onction des malades. Cette modification a des répercussions encore aujourd'hui sur une Église qui traverse une période de pénurie de prêtres, mettant ainsi en danger la survivance du sacrement des malades qui, selon notre hypothèse, permet l'appropriation de la réalité du mourir.



**Figure 2**  
**Impact de l'évolution historique du sacrement des malades**

Après avoir vu l'historique du sacrement à travers les siècles, nous aborderons maintenant le contexte dans lequel ce sacrement est célébré dans les hôpitaux québécois francophones aujourd'hui.



## CHAPITRE III

### MISE EN CONTEXTE DU SACREMENT DES MALADES AUJOURD'HUI

Pour étudier la mise en contexte du sacrement des malades aujourd'hui, il nous faut analyser la position de celui qui le reçoit et, bien sûr, la position de celui qui le célèbre. Nous allons donc tout d'abord approfondir les dimensions spirituelle et religieuse de l'expérience du patient en fin de vie; puis, nous analyserons les nombreux défis que doivent relever les intervenants en pastorale de la santé.

#### 3.1 Les dimensions spirituelle et religieuse de l'expérience du patient en fin de vie

La fin de vie ne peut se définir par une durée. Elle est plutôt une étape au cours de laquelle l'équipe soignante a comme objectif premier de soulager les douleurs physiques du patient afin qu'il puisse atteindre un degré de confort et une bonne qualité de vie et de relation. Pour le patient, c'est l'étape de l'adaptation à l'altération de son image corporelle et de la remise en cause personnelle du sens de son existence, incluant les relations avec ses proches et bien sûr avec lui-même, y compris avec son corps.

Dans notre société qui se veut laïque et qui a écarté la mort du quotidien, la question du sens, qui surgit presque toujours en fin de vie, est souvent affrontée par le patient de façon individuelle. En effet, il est rare qu'il puisse trouver un interlocuteur ouvert à ses interrogations, à moins d'avoir la chance d'être hospitalisé dans une unité de soins palliatifs dont la mission est justement de prendre en compte la « souffrance globale »<sup>8</sup> du patient, c'est-à-dire souffrance physique, psychologique et spirituelle.

---

<sup>8</sup> Notion de *total pain* selon Cicely Saunders, initiatrice des soins palliatifs à l'Hôpital Saint Christopher de Londres, en 1967.

### 3.1.1. La souffrance spirituelle

Dans la souffrance globale est incluse en premier lieu la souffrance qui vient du corps, et qui est certainement celle qu'on sait le mieux affronter en soins palliatifs. Puis, il y a la souffrance psychique qui tourne autour de l'image et de l'estime de soi. Cette souffrance psychique ou morale est alimentée de nombreuses peurs : peur de la mort, peur de perdre le contrôle de sa vie, peur de ce qui va arriver aux siens après sa mort, peur de l'isolement et de la solitude, peur de l'inconnu et surtout, peur du regret, peur de découvrir que sa vie n'a pas eu de signification.

Bénédicte Échard (2006), médecin, qui a réfléchi et écrit suite à ses expériences auprès de patients en fin de vie, note que ces peurs accompagnées de sentiments d'injustice, d'inachevé et de non-sens entraînent une souffrance spirituelle qui « compose l'arrière fond de la souffrance globale plutôt qu'une de ses composantes » (p. 72). Cette souffrance spirituelle englobe la perte de sens, la menace de l'avenir et une grande insécurité qui peut aller jusqu'à l'anxiété. Cette anxiété souvent mal identifiée par le patient lui-même peut provoquer une véritable détresse spirituelle pouvant aller parfois jusqu'à une demande d'euthanasie.

La souffrance spirituelle, dit Échard, entraîne souvent une rupture du lien qui unit le malade à lui-même, à autrui, ainsi qu'à une transcendance. La demande spirituelle, note l'auteur, doit donc être entendue par-delà la demande de soulagement de la douleur, afin de ne pas être réduite à un besoin mais reconnue comme une manifestation de toute la personne humaine. En effet, la demande qui exprime le besoin renferme la demande d'entendre la parole qui contribue à refaire ce lien qui a été défait dans l'épreuve de la maladie.

Marie de Hennezel, psychologue en soins palliatifs, déplore le fait qu'à l'hôpital, on soigne avant tout des corps malades, sans se préoccuper de leur

intérieurité et de leur affectivité. Elle rappelle que les patients en fin de vie ont besoin de considération et de respect pour ce qu'ils sont dans leur corps mais aussi pour tout ce qu'ils sont et qui ne se voit pas. Les personnes qui les entourent doivent être présentes à ce qu'ils vivent et à l'écoute de ce qu'ils disent. Les mourants se posent souvent la question : Qu'ai-je fait de ma vie? Quel sens a-t-elle eu? Ils ont besoin d'en parler, de faire une relecture de leur vie. Ils veulent sentir qu'on fait confiance à leur capacité d'affronter cette épreuve qu'ils traversent et qui est un travail intérieur, « une sorte d'accouchement pour une naissance à autre chose » (De Hennezel et Leloup, 1997, p. 28). Ils veulent également donner un sens au temps qu'il leur reste à vivre. Chaque moment est précieux car il n'y en a pas trop pour mettre de l'ordre dans leur vie, sur le plan matériel mais également relationnel : revoir quelqu'un avec qui on était fâché, demander pardon à quelqu'un. Il peut aussi arriver que la personne mourante ressente le besoin d'un contact physique, sans qu'elle sache nécessairement comment le demander. Alors, dit l'auteure, elle demandera qu'on la soulève ou qu'on la repositionne afin d'avoir un rapprochement intime avec quelqu'un, si possible quelqu'un qu'elle aime. Mais, souvent les proches appellent le personnel soignant pour accomplir ces tâches car ils sont mal à l'aise et ils ne s'aperçoivent pas que prendre le malade dans leurs bras est un moyen de lui communiquer l'affection qu'ils lui portent. Les mourants se sentent parfois bien seuls, note Marie de Hennezel. Ils aspirent à des contacts affectifs avec leurs proches et une communication authentique avec ceux qui les soignent, mais c'est très difficile à obtenir car la qualité des échanges est souvent gâtée par l'angoisse liée à la séparation imminente.

Au cours de cette étape de la fin de vie, le malade peut être accompagné et rassuré mais, dit Saunders (1988), le malade doit « passer à travers » cette souffrance (p. 30), il doit l'éprouver, tel un cheminement qui aboutit à une brèche, à un passage. La dimension spirituelle de l'expérience que vivent les patients en fin de vie est ainsi abondamment décrite dans la littérature sur les soins palliatifs. Nous

verrons maintenant s'il est possible de situer l'un par rapport à l'autre les deux concepts de religion et spiritualité.

### 3.1.2 Définitions des concepts de religion et spiritualité

Le Petit Larousse 2006 définit la religion comme un « ensemble de croyances et de dogmes définissant le rapport de l'homme avec le sacré » et la spiritualité comme la « qualité de ce qui est esprit, de ce qui est dégagé de toute matérialité ».

Quand on consulte les dictionnaires et les encyclopédies savantes pour approfondir ces définitions, on est surpris de constater qu'il existe plusieurs définitions du concept de religion, mais presque aucune définition du concept de spiritualité.

Parmi les nombreuses définitions du concept de religion, nous retenons celle trouvée dans le *Dictionnaire des religions* de Thollier :

*Du latin religare, lier et religio, soin, culte rendu à la divinité, la religion implique d'une part une recherche de la vérité sur l'origine du monde et sa finalité, sur l'origine de l'homme et ses rapports avec la divinité, d'autre part un ensemble de croyances, un besoin d'amour et d'émotion, un rapport harmonieux du microcosme au macrocosme; elle est l'expression du sacré et l'organisation institutionnelle des rites individuels et sociaux. (p. 256)*

Si la religion implique une recherche de vérité sur l'origine de l'homme et ses rapports avec la divinité, on peut déduire qu'elle inclut nécessairement la croyance en l'existence d'une réalité qui, selon la définition de la spiritualité, aurait la « qualité de ce qui est esprit, de ce qui est dégagé de toute matérialité ». Cela confirme l'imbrication des dimensions spirituelle et religieuse de l'expérience humaine à l'intérieur d'une grande mosaïque dans laquelle des éléments des deux concepts s'entremêlent.

Jean-Luc Hétu, psychologue et auteur, qui a beaucoup exploré les liens entre psychologie et religion, et qui s'inspire de la psychologie humaniste, constate que la spiritualité est une réalité multidimensionnelle, qu'il existe des rapports complexes entre la spiritualité et la religion et finalement qu'il existe une interdépendance entre les deux. Selon cet auteur, trois tendances se dessinent. Certains conçoivent la religion comme « une rampe de lancement » (Hétu, 2001, p. 17) pour la spiritualité qui, elle, se situe au-delà de la religion organisée et équivaut à la *religion véritable*. D'autres voient la spiritualité comme le début d'une recherche qui mènera à la foi chrétienne – révélation divine dont la religion chrétienne est la dépositaire. Et finalement, il y a ceux qui situent la spiritualité et la religion dans une dynamique d'interdépendance – la religion vivifiée par la spiritualité et la spiritualité guidée par ce que la religion a de meilleur.

Richard Bergeron, professeur et théologien, se démarquant des idées de Hétu, s'oppose au fait d'associer spiritualité et psychologie, au point de les confondre. Au lieu de situer le spirituel dans l'atteinte d'un niveau élevé de conscience personnelle comme le fait la psychologie humaniste, Bergeron préfère situer la spiritualité dans une perspective anthropologique qui reconnaît que le spirituel est associé à toute la personne. « Le spirituel n'est pas seulement quelque chose de caché au fond de soi, une dimension intérieure; c'est tout l'être humain qui est spirituel » (Bergeron, 2001, p. 18). Pour cet auteur, le spirituel se situe à l'intérieur de l'humain tandis que le religieux suppose le contact avec un mystère à l'extérieur de l'être. Il admet toutefois que certaines personnes qui ont une vision du monde et un système de valeurs qui favorisent le dépassement, sont en fait engagées dans une démarche spirituelle sans le reconnaître.

Les deux positions qu'adoptent ces auteurs font ressortir jusqu'à quel point il est difficile de distinguer religion et spiritualité quand on tente d'en observer les

manifestations dans le vécu d'une personne, particulièrement dans notre société contemporaine dans laquelle les repères sont flous.

### 3.1.3 Ressources religieuses et spirituelles des personnes en fin de vie

Les malades hospitalisés qui ont précédemment, au cours de leur vie, pris conscience de la dimension spirituelle ou religieuse de leur expérience ont un « bagage » pour les aider à affronter la souffrance spirituelle décrite plus haut par Échard. Au Québec, plusieurs de ces personnes ont reçu une éducation catholique et sont encore pratiquantes; elles traverseront l'épreuve de la fin de la vie avec l'aide de rites comme le sacrement des malades, qui maintient et affermit la communion avec Dieu et réalise le pardon des péchés (Béraudy, 1974). Ces ressources apportent alors réconfort et apaisement. Ceux qui ont rejeté la religion catholique ou bien ceux qui ne l'ont jamais connue, peuvent fréquenter d'autres confessions ou d'autres religions (protestantisme, orthodoxie, judaïsme, islam, etc.). Ils peuvent également avoir des pratiques d'ordre spirituel glanées dans d'autres traditions ou empruntées à des mouvements divers, dont le mouvement Nouvel Âge qui, au Québec, rejoint beaucoup de personnes grâce à sa forme de spiritualité élargie.

Richard Bergeron (1992), théologien, qui a fondé au Québec en 1984 le Centre d'information sur les nouvelles religions, décrit le Nouvel Âge comme un grand réseau, une sorte d'organisation informelle qui rassemble des individus, des groupes et de petits réseaux indépendants qui partagent les mêmes valeurs et la même vision globale. Ce mouvement, qui est apparu au cours des années 1970 et 1980, veut remédier aux maux des individus et de la société dans plusieurs domaines : la santé, l'environnement, la politique, la science, la spiritualité, l'éducation, etc. En ce qui concerne la spiritualité, ce mouvement n'est dirigé par aucun maître spirituel ou gourou, en particulier, et il n'est rattaché à aucune appartenance religieuse déterminée. Cette forme de spiritualité s'appuie sur la

réalisation de l'être humain, qui s'inscrit dans la prise de conscience de sa propre essence divine ainsi que de son unité avec l'univers et les autres. Cette prise de conscience se fait à travers des techniques de méditation, des thérapies psychiques et des pratiques corporelles s'associant à des médecines douces. L'adepte de ce mouvement recherche individuellement sa voie spirituelle dans une quête du sens de la vie, dans une recherche d'harmonie avec le monde extérieur et un élargissement de la conscience puisque, pour lui, la transformation du monde passe par la transformation de la conscience individuelle. Cette spiritualité peut être considérée comme mystique, dit Bergeron (2001) dans la lignée du mysticisme oriental et gnostique. Elle ne comporte ni péché, ni culpabilité et n'exige pas d'ascèse mais requiert une certaine discipline pour atteindre un idéal spirituel personnel qui aspire à l'éclosion d'une conscience nouvelle conduisant à l'harmonie.

Pelletier, théologien, philosophe et psychanalyste décrit le Nouvel Âge comme une

*forme de religiosité dans laquelle des Occidentaux essaient de réenchanter leur monde, d'échapper à l'étouffement du positivisme et du rationalisme. [...] Au Québec, le Nouvel Âge apparaît à la fois comme un relais de la piété populaire [...] et comme une protestation contre le mépris du corps et la religion cléricale. (Pelletier, 1996, p. 458)*

Les personnes qui s'inscrivent dans la spiritualité du Nouvel Âge trouvent apaisement dans la conviction que leur souffrance est causée par un karma personnel et considèrent la réincarnation comme une étape de l'évolution spirituelle qui commence avant la naissance et se poursuit après la mort. Ils ressentent apaisement et sérénité dans leur quête du sacré qui s'enracine dans la présence en eux d'une énergie s'apparentant au divin.

Certains malades, par contre, s'inscrivent dans ce que Marie de Hennezel appelle, de façon globale, une « spiritualité laïque » ou même une « spiritualité

humaniste » c'est à dire une spiritualité très large fondée sur « une attitude de confiance dans la profondeur de l'homme; qui dépasse l'homme; ce qui dans l'homme demeure ouvert à un au-delà de l'homme » (De Hennezel et Leloup, 1997, p. 30). En effet, on entend souvent les mourants, même ceux qui affirment ne croire en rien, admettre qu'au fond, ils ne savent pas, qu'ils sont conscients de ne pas tout comprendre. Il y a donc toujours une sorte d'ouverture vers quelque chose qui les dépasse. Il s'agit peut-être de ce que Hétu (1980) appelle un « instinct spirituel » c'est-à-dire une sorte de sentiment de l'existence de différentes formes de conscience et de différents niveaux de réalité. Peut-on dire alors que, chez ces patients, la souffrance globale qu'ils vivent inclut une souffrance spirituelle même s'ils se considèrent sans spiritualité ni religion? La personne qui va mourir ressent le besoin d'être accompagnée dans sa souffrance, qui est de toute façon spirituelle dit Marie de Hennezel puisque cette souffrance se situe au centre de son être. Cet accompagnement ne requiert pas de doctrine ou de dogme, dit l'auteure, il demande d'aller à la rencontre de l'autre avec le respect de ses valeurs et de ses préoccupations, pour lui permettre de trouver sa propre réponse intime. Peu importe que le patient pratique une religion ou non, l'approche de la mort est un moment sacré puisqu'il met en contact avec quelque chose d'insaisissable. L'auteure dit que dans nos sociétés occidentales, ce sont les dogmes imposés avec autorité qui sont rejetés et non pas la transcendance et le sacré. Ceux-ci

*[...] doivent être cherchés au cœur de l'humain : c'est au plus intime de nous-même et au plus intime de l'autre qu'il faut maintenant apprendre à les reconnaître. C'est l'homme en tant que tel qui est sacré! C'est la rencontre inter-humaine, le lien qui unit les hommes, qui est sacré. (De Hennezel et Leloup, 1997, p. 181-182)*

La souffrance spirituelle vécue par le patient dans l'étape de fin de vie peut trouver apaisement et réconfort, peu importe que ce soit sous la forme du catholicisme, du mouvement Nouvel Âge ou d'une spiritualité laïque. Par contre, on constate qu'il est difficile de séparer religion et spiritualité car les deux sont



imbriquées et souvent interdépendantes. Il nous apparaît donc difficile de distinguer si les besoins des malades sont spirituels ou religieux.

Après avoir approfondi les dimensions religieuse et spirituelle de l'expérience du patient en fin de vie, nous nous pencherons sur le vécu de ceux qui, dans les hôpitaux, ont la mission d'accompagner ces patients dans les services de pastorale de la santé.

### 3.2 Les défis de la pastorale de la santé

Nous présenterons d'abord un bref historique de la pastorale de la santé au Québec car, pour comprendre les défis que doivent relever les intervenants, il faut connaître l'histoire de leur mouvement. Nous verrons ensuite comment les défis liés à l'évolution de leur profession et de leur milieu de travail viennent encore complexifier la situation dans laquelle se trouvent présentement au Québec les intervenants en pastorale de la santé. Nous décrirons également les tensions vécues dans les milieux de la santé entre clercs et laïcs.

#### 3.2.1 Historique de la pastorale de la santé au Québec

Tout au long de son histoire, le Québec a eu des institutions religieuses qui ont été préoccupées et impliquées auprès des malades. En milieu anglophone, on retrouve très tôt les hôpitaux protestants, Hôpital général de Montréal (1812) et le Royal Victoria (1893), puis l'Hôpital général juif (1934) et également l'hôpital chinois (1963). Du côté francophone, l'Église catholique a été présente auprès des malades, dans le cadre d'institutions d'accueil et de soins, depuis le début de la colonisation. Jusqu'en 1962, les hôpitaux francophones étaient dirigés par des congrégations religieuses. Les malades hospitalisés baignaient dans une atmosphère chrétienne puisque les cadres hospitaliers étaient des religieuses et les infirmières

étaient formées dans des écoles de soins infirmiers dirigées par des religieuses. À cette époque, celui qui avait pour tâche d'accompagner les malades était l'aumônier, c'est-à-dire un prêtre qui résidait en permanence à l'intérieur même de l'hôpital et dont l'emploi du temps était entièrement orienté vers le malade.

*Quand j'étais aumônier, je résidais sur les lieux même de mon ministère. J'y avais mes appartements privés attenants à mon bureau de travail. J'étais disponible 24 heures sur 24 et lorsque je devais m'absenter, je me devais de me trouver un remplaçant. Chose qui n'était pas toujours facile. Bien souvent, je me suis couché tout habillé afin d'être présent plus rapidement au chevet d'une personne que je savais être malade. J'étais constamment disponible, tant aux malades, à leur famille, qu'au personnel hospitalier. À cette époque, je n'avais pas à tenir à jour une gestion compliquée de mon travail et à le justifier auprès de l'administration de l'hôpital. Du côté réunion, cela était au strict minimum soit peut-être une ou deux par semaine. En dehors de cela, j'étais prêtre à cent pour cent.<sup>9</sup>*

Dès 1958, tout comme aux États-Unis et en Europe, des associations d'aumôniers d'hôpitaux voient le jour au Canada. En 1961, les aumôniers du Québec qui participent au congrès de l'Association des hôpitaux catholiques du Canada (A.H.C.C.) laissent savoir qu'ils songent à établir une association provinciale. Malgré certaines réticences, aussi bien de la part de l'A.H.C.C. que de l'épiscopat québécois, l'Association des aumôniers d'hôpitaux catholiques du Québec voit le jour en septembre 1962. C'est un premier pas vers la reconnaissance d'un statut professionnel et vers une pastorale spécialisée (Giguère, 1993). Toutefois, l'aumônier d'hôpital n'ayant ni statut juridique, ecclésiastique ni civil, il fallut démontrer aux autorités religieuses l'importance de son rôle ainsi que sensibiliser les autorités administratives des hôpitaux au fait que le Service de la pastorale avait désormais un chef de service en la personne de l'aumônier, ce qui était perçu comme une nouveauté administrative. Cela ne fut pas chose aisée et des années s'écoulèrent avant que les

---

<sup>9</sup> Paroles de l'abbé André Audy, aumônier à l'Hôtel-Dieu de Val-d'Or durant près de 30 ans, dans Audy, Daniel. 1999.

services de pastorale et le statut des aumôniers soient reconnus officiellement. Il va sans dire que tout au long du processus, des représentants de l'Église anglicane, de l'Église unie du Canada et du Congrès juif canadien ont aussi participé à ces rencontres initiées par l'Association des évêques du Québec. Cette démarche œcuménique mènera, en novembre 1975, à la signature d'un protocole d'entente entre le Gouvernement, l'A.H.P.Q. et les Églises reconnaissant le statut professionnel des aumôniers en tant que membres du personnel clinique.

Pendant quelques années encore, la pastorale hospitalière sera essentiellement cléricale. Lors du congrès de 1979, l'admission des femmes dans l'association, comme membres à part entière, est discutée. Il devient évident que les services de pastorale ne peuvent plus être réservés uniquement aux prêtres. Les femmes, religieuses ou laïques, les hommes, diacres permanents ou laïques, prennent désormais part aux activités pastorales dans les établissements de santé du réseau. L'Association des aumôniers d'hôpitaux catholiques du Québec devient l'Association des agents de pastorale de la santé du Québec. Puis, en 1988, le nouveau nom d'Association des animateurs et animatrices de pastorale de la santé du Québec est entériné lors du congrès annuel, reflétant l'importance grandissante des femmes au sein de l'association. De plus, en 1990, un comité ad hoc déposait son rapport sur la complémentarité prêtres-laïcs soulignant que les services de pastorale ne pouvaient se limiter à la sacramentalité mais comprenaient également l'accompagnement spirituel.

En 1991, le congrès annuel de l'Association a pour thème : *La pastorale de la santé : une question de crédibilité* (Lapointe, 1991) et les actes du congrès laissent apparaître un questionnement sur l'autorité que les autres professionnels de la santé reconnaissent aux animatrices et aux animateurs de la pastorale de la santé. Lors du congrès, Raymond Lemieux, sociologue, déclare : « quand on se pose la question de la crédibilité, c'est que quelque part se cache un problème d'identité. » (dans

Lapointe, 1991, p. 14). En effet, les animateurs de pastorale cherchent leur place dans ce milieu technicisé qu'est l'hôpital.

En 1998, l'association décide de simplifier son appellation et devient l'Association québécoise de la pastorale de la santé, l'AQPS.

En 2004, l'ACPEP (Association canadienne pour la pratique et l'éducation pastorales) se joint à l'Association québécoise de la pastorale de la santé pour ne former qu'une seule association. Cette dernière est rebaptisée sous le nom de AISSQ (Association des intervenantes et intervenants en soins spirituels du Québec). Le changement de nom semble avoir été nécessaire puisque les animateurs de pastorale changent de titre professionnel. Ils passent d'« animateurs de pastorale » à « intervenants en soins spirituels ». Selon la revue, il faut situer ce changement

*dans le contexte d'une réorganisation du réseau de la santé, d'une syndicalisation pour notre profession et d'une mise en commun des expertises des uns et des autres pour le bien-être de la clientèle desservie. Alors, notre pertinence ne doit pas être mise en question dans les choix difficiles qu'ont à faire les Agences et les Centre de santé. (Revue n° 68, novembre 2005, p. 8-9)*

Dans la revue que l'Association publie trois fois par an, on retrouve des échos majoritairement positifs de la part des membres quant aux changements de nom de l'Association et du titre professionnel. Un intervenant note dans la revue que cette nouvelle association avec l'ACPEP

*ne pourra qu'être bénéfique pour notre profession et pour l'AISSQ. Sera-ce un autre pas pour nous distancer de l'image d'aumônier à couleur de religion pour mieux rejoindre les besoins des personnes atteintes dans leur vie spirituelle, et que nous sommes appelés à servir. (Revue n° 68, novembre 2005, p. 12-13)*

Pour conclure ce bref historique de la pastorale de la santé, nous dirons qu'au cours de ses quarante ans d'existence, l'association a mené de nombreux combats et qu'au cours des dix dernières années, en particulier, les intervenants ont dû relever de

nombreux défis. On peut les classer en deux types : les défis liés à l'évolution de la profession et du cadre de travail et les défis liés aux multiples variantes de l'expérience spirituelle des patients en fin de vie.

### 3.2.2 Les défis liés à l'évolution de la profession et du cadre de travail

Vers la fin des années 1980, des médecins américains ont publié de nombreux livres et articles concernant leur implication dans les soins spirituels aux malades, parce qu'ils étaient eux-mêmes rattachés à une religion. Ils ont commencé à exercer une influence sur les services de pastorale américains et leurs articles eurent également un impact important sur les services de pastorale québécois, dans les années 1990. On retrouve dans la revue de leur association<sup>10</sup> le reflet des questionnements des intervenants en pastorale de la santé. En effet, les aumôniers américains considéraient que pour être crédibles, les services de pastorale, comme tous les autres départements de l'hôpital, devaient avoir recours à des mesures objectives d'évaluation pour montrer comment ils contribuaient à réduire les dépenses de l'hôpital.<sup>11</sup> Ces aumôniers américains prônaient également la modernisation de la pastorale de la santé par le biais de l'utilisation d'un instrument scientifique appelé *Spiritual Profile Assessment* (S.P.A.)<sup>12</sup> afin d'évaluer plus en profondeur les besoins spirituels des patients et également fournir des résultats mesurables et significatifs à la suite d'interventions pastorales de qualité. Cette modernisation scientifique de la pastorale de la santé avait pour but de rendre les intervenants plus efficaces et donc plus compétents et « de s'attirer plus de respect et une meilleure collaboration de la part des autres professionnels de la santé. »<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> L'association des animateurs en pastorale de santé a, comme nous l'avons vu, changé plusieurs fois de noms au cours des années. Nous utiliserons donc le terme « Association ».

<sup>11</sup> Extrait d'un article du Dr. E. McSherry intitulé « *The Need and Appropriateness of Measurement and Research in Chaplaincy: Its Criticalness for Patient Care and Chaplain Department Survival Post 1987* », paru dans le bulletin « Ton Ami » de l'Association des animateurs et animatrices de la pastorale de la santé du Québec en novembre 1994, n° 36, p 7-9.

<sup>12</sup> *Idem*, p. 21.

<sup>13</sup> *Idem*, p. 22.

L'objectif semblait être d'améliorer les soins spirituels des patients, mais également de rendre les intervenants plus crédibles et reconnus comme des professionnels pour que les services de pastorale ne subissent pas trop de coupures budgétaires ou pour leur éviter de carrément disparaître. Les services de pastorale québécois prirent eux aussi ce virage, mais de nombreux blocages apparurent : résistance au changement, confusion et remise en question de la grille d'évaluation (S.P.A), ce qui nécessita que des ateliers de formation soient mis sur pied pour l'apprentissage de son utilisation. Cet instrument d'évaluation menait à un « diagnostic pastoral ». Une participante du 34<sup>e</sup> congrès de l'Association, en 1995, donne son opinion concernant l'atelier qu'elle a suivi :

*Depuis toujours, on entend parler de « diagnostic médical » et depuis quelques années, de « diagnostic infirmier ». Il est donc bon d'aller dans le même sens en pastorale de la santé. J'ai trouvé intéressant d'apprendre à mettre des mots sur des « symptômes spirituels », c'est-à-dire des maux de l'âme et du cœur [...] cependant, arriverai-je à bien établir un diagnostic pastoral? Les signes sont complexes et la cause est parfois si profonde? (Bulletin n° 39, novembre 1995, p. 23)*

À partir de 1997, c'est dans des documents publiés par le gouvernement du Québec que les intervenants en pastorale de la santé vont trouver des définitions qui établissent une distinction entre besoins spirituels et besoins religieux, ainsi qu'une grille à appliquer pour évaluer ces besoins. Il s'agit du rapport intitulé *Pastorale en établissements de santé et de services sociaux*, préparé par un comité de travail du ministère de la Santé. Il a été déposé en novembre 1997 et repris en 2001 par le ministère dans le Cadre de référence pour l'organisation de la pastorale. On y trouve les définitions suivantes :

*Les besoins spirituels sont ceux de l'esprit de la personne. Ils font référence au besoin de la personne de trouver un sens à sa vie, à ses souffrances et à sa mort. Le besoin spirituel est lié à la quête de sens. Les besoins spirituels font donc référence à une soif d'accomplissement sur le plan de l'âme : bonheur, paix, tranquillité, satisfaction intérieure. Les besoins religieux sont ceux qui font référence aux rites et aux symboles que nous utilisons pour faire des liens entre la foi d'une communauté et de son Dieu. Le besoin*

*religieux correspond au besoin de la personne de rencontrer un Dieu ou un être suprême à travers des médiations précises. Le besoin religieux se définit par une série de besoins : d'appartenance, d'intégration, de cohérence, d'actualisation, de contact avec le sacré, exprimé par des rituels. (p. 6)*

C'est à partir de l'évaluation de ces besoins que les intervenants établissent une différence entre un accompagnement spirituel s'appuyant sur le sens de la vie sans nécessairement faire référence à une tradition particulière et un accompagnement pastoral faisant appel aux ressources et aux références propres à une tradition.<sup>14</sup>

Mais, tous ces « accommodements » techniques visant à obtenir une reconnaissance en qualité de professionnels de la santé ne sont pas adoptés d'emblée. Lors du 37<sup>e</sup> congrès de l'Association en 1998, Guy Lapointe fait réfléchir les membres. Dans un milieu hautement technique comme celui de la médecine moderne, on peut se questionner sur le sens d'une action pastorale alors que les préoccupations spirituelles et religieuses sont souvent reléguées à l'arrière de la scène. Mais cette marginalisation n'a pas que des effets négatifs, dit-il : « elle signifie l'altérité, la prise en compte du sujet. » (Lapointe, 2000, p. 24) et encore

*Si l'intervenant pastoral accepte de se situer à ce niveau d'accompagnement (paroles, gestes, silences, actions rituelles), plutôt que de se laisser évaluer à l'aune de l'efficacité, c'est-à-dire à l'aune d'effets mesurables de guérison – et on sait que, sur ce plan, il existe un fort courant d'évaluation de l'efficacité spirituelle sur la guérison aux États-Unis –, il peut retrouver l'originalité et la singularité même de sa présence auprès du malade. Une évaluation de l'action pastorale est, certes, nécessaire, mais il est important d'éviter le mimétisme des évaluations en cours dans le monde médical. Nous ne sommes plus dans le même type d'action. (p. 38)*

En avril 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux décrivait ainsi, dans son Cadre de référence pour l'organisation de la pastorale de la santé, la

<sup>14</sup> Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. 2006. *Programme d'accompagnement spirituel et religieux pour les personnes hospitalisées en chirurgie et en médecine, ainsi que pour leurs proches (PASR, 2006)*, p. 9-10. Voir Annexe 3.

mission d'un service de pastorale en milieu hospitalier : « offrir un soutien et un accompagnement à la vie spirituelle et religieuse des personnes hospitalisées ou hébergées, ainsi qu'à leurs proches » (p. 6). Cette mission implique un grand sens de l'adaptation puisque, comme on l'a vu plus haut, on trouve présentement dans la société québécoise une grande diversité de choix en matière de religion et de spiritualité. Les intervenants en pastorale de la santé doivent accompagner les patients et leur famille en relevant les défis liés aux multiples variantes de ces choix. Leurs tâches peuvent prendre la forme aussi bien d'un accompagnement dans la prière et les rites que d'une présence respectueuse face à une forme de spiritualité laïque ne se référant à aucun dogme.

Même si, dans ce travail, nous ne nous arrêtons pas à la pluralité religieuse occasionnée par l'arrivée massive au Québec d'immigrants de cultures et de religions différentes, il faut toutefois noter que cet état de fait a aussi contribué à transformer profondément le travail des animateurs de pastorale puisqu'ils doivent répondre aux besoins spirituels et religieux des personnes hospitalisées, quelles que soient leur religion, leurs croyances et leurs valeurs. Cela demande encore là une bonne capacité d'adaptation et de créativité.

### 3.2.3 Les tensions entre clercs et laïcs

À partir de 2004, après le regroupement de l'ACPEP et de l'AQPS qui donne naissance à l'AIISQ, certains membres expriment leur inconfort avec la cohabitation des deux réalités de « pasteur » et de « professionnel ». Comment harmoniser les deux rôles? Le désir de professionnaliser le travail risque-t-il de nous éloigner de sa dimension pastorale, se demandent les intervenants :

*Je dis bien risque! (dit un intervenant) Oui, je l'avoue malgré mon engagement déterminé à ne pas accepter le statu quo dans notre profession et à pousser la réflexion sur notre pratique, je porte tout de*



*même cette inquiétude. Je trouve cela sain et saint de s'inquiéter d'être trop technicien, trop axé sur une grille, une méthode ou des indicateurs. C'est une bonne attitude pastorale à avoir!* (Revue n° 1, novembre 2006, p. 12)

et encore, déclare un aumônier :  
*dans la fonction d'accompagnement auprès des personnes malades que vous remplissez, votre crédibilité est à établir à partir de la qualité de votre présence. Elle ne vous est plus automatiquement accordée en raison du poids symbolique de votre fonction.* (Revue n° 63, février 2004, p. 25)

En 2004, on voit apparaître des ateliers de formation pour que les intervenants en pastorale apprennent à rédiger des notes, concernant la spiritualité d'un patient, pour les intégrer à son dossier médical, tout comme le font dans leur domaine les autres professionnels de la santé. Cet acte, qui fait suite à la création d'un diagnostic pastoral, est nouveau pour les animateurs de pastorale et requiert discernement et confidentialité. Un chef de service de pastorale écrit à ce sujet :

*Les notes aux dossiers, pour lesquelles nous prenons un peu plus d'assurance, sont la trace de notre travail comme tous les autres professionnels et sont aussi un mode d'intégration à l'équipe soignante. L'avantage du travail en équipe c'est qu'il rend plus faciles des situations qui nous sembleraient trop lourdes pour nos épaules seules.* (Revue n° 64, mai 2004, p. 11)

Ajoutons ici qu'aujourd'hui, les intervenants en soins spirituels sont en partie des laïcs professionnels. Ils doivent obtenir une formation reconnue qui comprend des cours universitaires en théologie. En 2001, 82% des intervenants avaient obtenu au moins un baccalauréat<sup>15</sup>. Un travail sur soi est également exigé. Ils doivent aussi répondre aux mêmes exigences que toute autre profession : respect d'un code d'éthique, formation permanente, travail interdisciplinaire, philosophie d'intervention, responsabilité d'écrire des notes au dossier, concours de sélection,

---

<sup>15</sup> Voir les statistiques dans le document *Profil 2001* disponible sur le site Internet de l'AISSQ.

évaluations périodiques. De plus, ils doivent obtenir un mandat de l'autorité religieuse compétente.

Quant à l'aumônier, comme nous l'avons vu plus haut, s'il avait auparavant son lieu de résidence à l'hôpital, il habite maintenant à l'extérieur de l'hôpital. Du statut de résident permanent, il est devenu employé avec un horaire de travail fixe de jour, tout en demeurant « sur appel » pour les cas d'urgence. Donc, très souvent, si le sacrement des malades est requis au cours de la nuit, il ne pourra pas être célébré. Le malade et sa famille devront se satisfaire d'une petite cérémonie faite par l'intervenant laïque au moment des adieux (Audy, 1999). L'intervenant laïque peut ensuite suggérer que l'aumônier vienne célébrer le sacrement des malades le lendemain matin, si cela est encore opportun.

Étant donné qu'il est prêtre, une partie du temps de l'aumônier est consacré à la célébration des sacrements (confession, communion, célébration eucharistique, sacrement des malades). Si on ajoute à cela ses tâches administratives, force est de constater qu'il lui reste peu de temps pour faire un accompagnement spirituel auprès des malades et de leurs familles (Audy, 1999). Les aumôniers sont les coordonnateurs des services de pastorale et ils passent beaucoup de leur temps dans des réunions avec la direction de l'hôpital ou bien à rédiger des documents administratifs.

L'équipe d'intervenants laïques employés par l'hôpital ainsi que les bénévoles assistent et secondent les aumôniers en faisant de l'accompagnement spirituel et en donnant la communion. Étant donné que seul un prêtre est autorisé par l'Église à célébrer le sacrement des malades, la situation est plus complexe car parfois un malade peut établir une relation signifiante avec un intervenant laïque mais c'est le prêtre, l'aumônier, qu'il ne connaît peut-être pas, qui sera appelé à son chevet pour la célébration du sacrement. Cela semble créer un malaise entre aumôniers et intervenants laïques. Le partage des tâches entre laïcs et prêtres n'est pas toujours

évident, mais ce malaise n'est pas nouveau. Déjà en 1985, dans leur livre *Relations clercs-laïcs – analyse d'une crise*, Campbell et Lapointe (1985) s'étonnaient qu'après les retombées de Vatican II « on ne soit pas encore parvenu à un aménagement original des relations clercs-laïcs » (p. 7). De plus, en 1997, un document produit par le Vatican<sup>16</sup> ravive la tension entre prêtres et laïcs en rappelant que l'exercice d'un ministère pastoral par un laïc ne fait pas de lui un pasteur.

Il est évident aujourd'hui que, dans toutes les sphères de l'Église, les prêtres ne sont plus les seuls à exercer la responsabilité pastorale. Les laïcs ont fait leur place. C'est un grand bouleversement pour les prêtres, d'autant plus que ces laïcs oeuvrant en pastorale de la santé sont désormais employés par l'administration hospitalière. En effet, même si les bénévoles représentent encore la majorité de laïcs travaillant en pastorale auprès des patients en fin de vie, les intervenants laïques ont désormais une charge de travail à temps plein ou à mi-temps pour laquelle ils reçoivent une rémunération. Ils ne sont pas « ordonnés » (certains diacres le sont) mais un ministère leur est confié. De plus, après avoir revendiqué une reconnaissance de l'égalité homme-femme dans l'Église, de nombreuses femmes oeuvrent dans les services de pastorale de la santé : parmi les intervenantes en soins spirituels 28% sont des femmes et, parmi les bénévoles, 75%.<sup>17</sup>

*Les femmes en pastorale réclament, non plus seulement la permission de rendre un service à l'Église, mais la liberté de penser, de créer, d'être co-responsables, de partager, à part égale, les prises de décisions importantes. Souvent, le véritable leadership leur appartient, elles réclament maintenant qu'il soit reconnu officiellement.*  
(Campbell et Lapointe, 1985, p. 37)

---

<sup>16</sup> *Instruction sur quelques questions concernant la collaboration des fidèles laïcs au ministère des prêtres*, éd. Libreria editrice vaticana, cité du Vatican, 1997

<sup>17</sup> Voir les statistiques dans le document *Profil 2001* sur le site Internet de l'AIISQ.

Tout cela a entraîné des tensions et de nécessaires réajustements dans les départements de pastorale – réajustements qui ont un impact sur le sacrement des malades.

En faisant la revue de notre corpus, nous avons pu apprécier le fait que les intervenants en pastorale de la santé ont deux statuts différents, mais ce sont majoritairement les laïcs qui s'expriment. Si des tensions existent, les intervenants laïques ne les expriment pas dans la revue de leur association. Il peut y avoir deux explications : d'une part, ils préfèrent ne pas aborder le sujet. Lapointe (1995) note que :

*Trop souvent les laïcs gardent dans leur pédagogie et dans leur mentalité, une vision assez cléricale de l'expérience chrétienne, qui se manifeste surtout par une absence d'esprit critique par rapport aux diverses expressions de la foi chrétienne, par une conception rigide de la morale et de l'obéissance aux autorités romaines. (p. 44)*

Ou bien, et ce n'est là qu'une supposition de notre part, la distinction entre clercs et laïcs, sans s'estomper vraiment, devient moins conflictuelle à mesure que le temps passe – la pénurie d'aumôniers renforçant chez les intervenants laïques le sentiment que l'avenir leur appartient. En effet, le vieillissement des prêtres et la rareté des vocations font que les aumôniers sont en voie de disparition.

En 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux, a accordé une subvention de recherche au Service régional de pastorale de la santé dans le but d'établir le profil de la pastorale<sup>18</sup> dans les établissements de santé et de services sociaux, privés et publics. C'est le document appelé *Profil 2001*. Un questionnaire a été envoyé à chacun des 413 animateurs de pastorale dans le réseau. Parmi ceux qui ont répondu, c'est-à-dire parmi 289 animateurs (70%), 182 sont prêtres et 75 sont laïcs. Le rapport en déduit donc que le pourcentage de prêtres est encore largement

---

<sup>18</sup> Ces informations peuvent être retrouvées dans le document *Profil 2001* apparaissant sur le site Internet de l'AISSQ.

supérieur à celui des laïcs. Mais nous ne pensons pas qu'on puisse en arriver à cette conclusion puisque ces chiffres ne tiennent pas compte des nombreux bénévoles oeuvrant dans les services de pastorale. En effet, les 252 directeurs d'établissements qui ont répondu au questionnaire admettent avoir des bénévoles à leur service – soit un total de 2355. Quand on analyse les tâches que ces bénévoles effectuent, on constate qu'ils font des visites d'accueil aux malades et aux familles, qu'ils participent à l'accompagnement spirituel des malades et donnent la communion. Par conséquent, nous considérons qu'ils devraient être comptés dans le nombre de personnes travaillant dans les services de pastorale, donnant ainsi une image beaucoup plus exacte du fait que le nombre de prêtres n'est pas supérieur à celui des laïcs.

Pour ne donner qu'un exemple, à Montréal, à l'Hôpital Jean-Talon – un hôpital de 250 lits – les aumôniers sont passés de trois en 2001 à deux jusqu'en 2005, puis finalement à un seul aumônier depuis 2006. C'est un grave problème puisqu'ils sont les seuls à pouvoir célébrer le sacrement des malades.

Pour terminer, on ne peut passer sous silence les défis concernant la situation qui prévaut dans le milieu de la santé et qui a une influence sur le travail des intervenants en pastorale. La crise des finances publiques a entraîné des fermetures d'établissements, des fusions et de nombreuses reconfigurations. Pour la pastorale de la santé cela a entraîné des coupures de postes, avec une diminution des postes à temps complet et une augmentation de postes à temps partiel, causant une augmentation de la charge de travail des intervenants. Puis, le virage ambulatoire, créé dans le but de déplacer les soins vers le domicile occasionne une diminution des temps d'intervention à l'hôpital pour l'animateur de pastorale. Il doit désormais aborder son accompagnement en se basant sur l'immédiateté et non sur la durée. Il lui est également demandé d'œuvrer aux urgences et dans les centres ambulatoires – lieux où il ne rencontrera le patient peut-être qu'une seule fois. Cela représente un changement important qui requiert une grande capacité d'adaptation.

### 3.3 Synthèse du chapitre

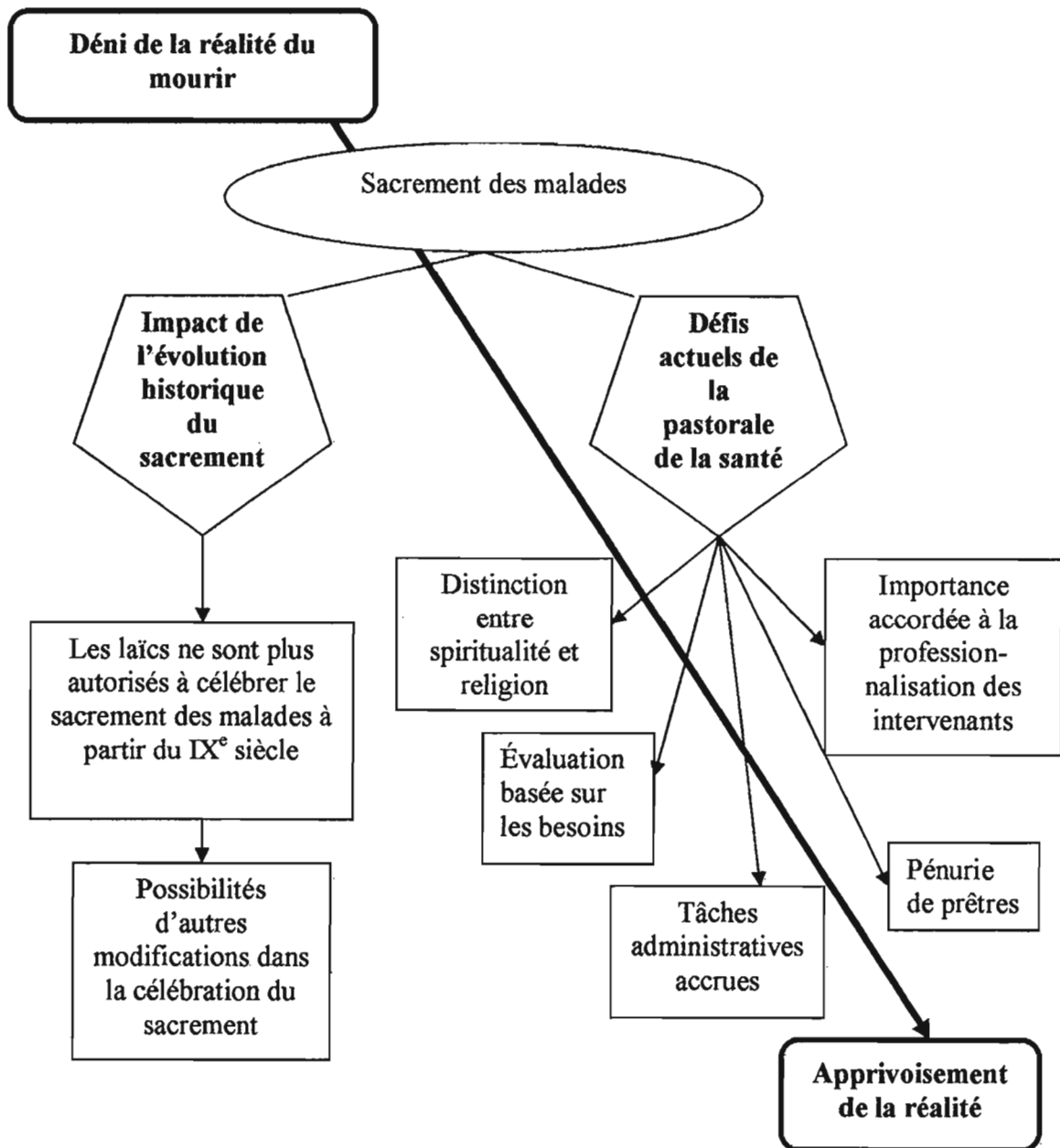
Le déclin de la pratique religieuse traditionnelle et l'arrivée de nouveaux mouvements spirituels qui font en sorte que les repères sont plus difficiles à cerner entraînent des défis importants pour les intervenants. La désaffection religieuse et la « recomposition des valeurs » (Dagenais, 2000, p. 55) entraînent des situations de détresse spirituelle parfois aiguës. Notre société a de la difficulté à intégrer la souffrance, la maladie, le vieillissement et la mort. Conséquemment, si la demande sacramentaire a diminué, les besoins d'accompagnement spirituel vont en augmentant.

Il faut ajouter à cela le fait que les services de pastorale évaluent leurs patients selon la distinction que fait le ministère entre besoins spirituels et besoins religieux. Cela nous semble une démarche épineuse. En effet, comme nous l'avons vu, les deux concepts de spiritualité et religion sont complexes, étroitement imbriqués et interdépendants. Nous estimons que distinguer entre besoins spirituels et besoins religieux peut mener à une compréhension indûment simplifiée de la souffrance spirituelle et, par conséquent, limiter la portée de l'accompagnement offert par les intervenants, qui ne peuvent pas accéder à toute la complexité de cette expérience que traverse le patient en fin de vie.

Ensuite, comme nous avons pu le constater, les défis que les intervenants en soins spirituels doivent maintenant relever sont nombreux dans leur cadre de travail. Ils passent beaucoup de temps à œuvrer dans le sens d'une reconnaissance de leur statut comme professionnels de la santé : syndicalisation, notes au dossiers, grille d'évaluation, etc. Ces tâches administratives font courir le risque que les préoccupations spirituelles et religieuses passent à l'arrière scène. Les temps d'intervention auprès des malades sont également écourtés car les coupures de postes entraînent une augmentation de la charge de travail et, avec le virage ambulatoire, les

patients ne font souvent que de courts séjours sur les unités de soins ou même de courtes visites à l'urgence ou en centres de jour. De plus, il existe des difficultés occasionnées par le partage des tâches entre clercs et laïcs, par exemple, le fait que les laïcs développent une relation de confiance avec le patient et sa famille mais qu'ils doivent ensuite faire appel à un prêtre qui ne connaît pas nécessairement le patient lorsque ce dernier demande le sacrement des malades. Le fait que les laïcs ne peuvent donner le sacrement crée un réel problème puisque, d'une part, les aumôniers ne sont plus de garde la nuit et, d'autre part, il y a de plus en plus pénurie de prêtres. Tous ces aspects du travail des intervenants ont un impact sur la célébration du sacrement des malades.

Dans la figure 3, les divers éléments signalés dans ce chapitre sur la mise en contexte du sacrement des malades dans le Québec d'aujourd'hui sont inscrits à l'intérieur des rectangles. Dans le cadre de la démarche de recherche que nous décrivons au chapitre suivant, nous nous demanderons comment les intervenants en pastorale de la santé peuvent aider les malades et leurs proches à apprivoiser la réalité du mourir tout en tenant compte de ces divers éléments.



**Figure 3**

**Évolution historique et contexte actuel de la célébration du sacrement des malades**



## CHAPITRE IV

### MÉTHODOLOGIE

Même si nous avons obtenu quelques statistiques dans les départements de pastorale de la santé de six hôpitaux de Montréal pour nous donner une idée du nombre de célébrations du sacrement des malades aujourd'hui, notre analyse est définitivement qualitative nous donnant ainsi la possibilité d'explorer les phénomènes en profondeur, grâce aux écrits d'historiens et de théologiens. De plus, en nous référant aux écrits des praticiens – les intervenants en pastorale de la santé, nous avons privilégié le point de vue des acteurs sociaux dans la compréhension des réalités sociales, comme le veut l'analyse qualitative (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte, 2000, p. 159).

Notre cadre conceptuel est conçu à partir de trois concepts que nous développerons dans le chapitre suivant. Selon Quivy et Van Campenhoudt (1995),

*la construction des concepts constitue une construction abstraite [...] qui ne retient pas tous les aspects de la réalité concernée mais seulement ce qui en exprime l'essentiel du point de vue du chercheur. Il s'agit donc d'une construction-sélection. La construction d'un concept consiste dès lors à désigner les dimensions qui le constituent et, ensuite, à en préciser les indicateurs grâce auxquels ces dimensions pourront être mesurées. (p. 149)*

À l'intérieur de chacun de ces trois concepts, nous avons retenu deux dimensions qui pourront servir d'indicateurs. Même si les indicateurs sont des manifestations objectivement repérables et mesurables des dimensions du concept, Quivy et Van Campenhoudt (1995) admettent qu'ils ne sont pas toujours évidents et précis. Parfois « l'indicateur peut n'être qu'une trace, un signe, une expression, une opinion ou tout phénomène qui nous renseigne sur l'objet de notre construction » (p.121). Les indicateurs que nous avons choisis nous servent de balises dans l'exercice de la collecte et de l'analyse des données.

#### 4.1 Présentation du corpus

Pour la collecte de données, nous n'avons pas retenu l'utilisation d'entretiens semi-directifs avec des intervenants en pastorale de la santé pour des raisons de limites de temps. Nous avons plutôt rassemblé pour fin d'analyse un corpus de textes publiés par les intervenants en pastorale de la santé dans la revue de leur association.

Notre objectif était d'analyser ce que les intervenants en pastorale de la santé avaient à dire concernant, d'une part, les besoins spirituels et religieux des patients en fin de vie tels qu'ils les abordent dans leur pratique de travail quotidienne et, d'autre part, ce qu'ils avaient à dire concernant le sacrement des malades.

En premier lieu, on peut dire que peu a été écrit, au Québec, sur le sacrement des malades ou sur la liturgie en général au cours des dix dernières années. De 1970 à 1995 – années qui ont fait suite au Concile Vatican II, 35 commissions ont été créées pour élaborer la réforme de tous les secteurs de la liturgie. L'Épiscopat canadien a publié des ordonnances concernant la traduction française des textes liturgiques ainsi que certaines directives particulières, puis des mises à jour (Lapointe, 1995). Des prêtres et des aumôniers ont réfléchi et ont écrit sur leur pratique au cours de cette période. Puis, il semblerait qu'avec les années un silence se soit graduellement installé. Par contre, on trouve une importante littérature concernant l'accompagnement spirituel des patients en fin de vie – un peu comme si l'intérêt s'était déplacé de la liturgie à l'accompagnement.

L'Association des intervenants en pastorale de la santé commence à publier son bulletin de liaison intitulé *Ton ami* à partir de 1983. Celui-ci change de format et devient la *Revue de l'Association québécoise de la pastorale de la santé*, en 2003. Elle se veut « un instrument d'information pour l'association et un moyen de

formation dans la présentation de différents dossiers d'ordre professionnel » (Revue n° 61, mai 2003, p. 3).

L'analyse des numéros de cette revue publiés de 1994 à 2007 nous révèle qu'ils sont le reflet de ce qui préoccupe les intervenants. Bien sûr, ces préoccupations ne sont pas les mêmes en 1994 et en 2007 car les situations évoluent et les intérêts varient et se diversifient. Toutefois, on peut dire que le format demeure essentiellement le même : plusieurs pages de la revue informent les intervenants sur ce qui se passe en région puisque la revue est provinciale. Après chaque congrès annuel, on trouve dans la revue une rétrospective de ce qui s'y est passé et les membres partagent leur appréciation du congrès. Beaucoup d'articles traitent de l'évolution de la profession (processus de professionnalisation, de syndicalisation, de formation, etc.) car cette dernière a subi beaucoup de transformations au cours des quinze dernières années comme on a pu le constater dans notre section sur les défis des intervenants en pastorale de la santé.

Nous pensions procéder à notre analyse en n'utilisant que les articles publiés dans la revue de l'Association de la pastorale de la santé par des praticiens – soit des intervenants en pastorale de la santé. Mais, si nous avons trouvé dans cette revue plusieurs articles traitant des soins spirituels et religieux ainsi que de santé mentale, de soins palliatifs et de spiritualité en général, nous avons été surprise de n'y trouver aucun article ou réflexion en profondeur sur le sacrement des malades. Le sacrement est seulement mentionné au passage. Donc, si on ne s'exprime pas sur le sacrement des malades dans la revue de l'Association des intervenants en pastorale de la santé, cela donne une impression qu'il n'y a plus rien à en dire. On peut supposer que les intervenants laïques qui ne peuvent donner ce sacrement n'ont rien à dire sur le sujet ou ne s'en préoccupent pas puisque sa célébration ne fait pas partie de leurs tâches. Quant à ceux qui pourraient écrire sur ce sacrement, c'est-à-dire les aumôniers qui sont employés par les hôpitaux et qui le célèbrent quotidiennement, ils ne partagent

pas leurs réflexions sur le sacrement des malades dans leur revue. Est-ce parce qu'ils sont très occupés et n'ont pas le temps d'écrire? Est-ce parce qu'ils ne ressentent pas le besoin ou l'intérêt d'écrire dans la revue sur cette responsabilité importante qui leur revient?

Suite à cette constatation, nous avons décidé d'utiliser les articles parus dans la revue de l'association pour analyser ce que les intervenants avaient à dire concernant les besoins spirituels et religieux des patients en fin de vie, tels qu'ils les abordent dans leur pratique de travail quotidienne. Mais, pour analyser ce qui a été écrit sur le sacrement des malades, nous nous référons à ce qui a été publié sur ce sacrement au Québec, au cours des dernières années, par des prêtres qui ont donc la possibilité de célébrer le sacrement des malades mais qui ne sont pas nécessairement des aumôniers employés par les départements de pastorale des hôpitaux. Ils écrivent des articles ou des monographies, ils enseignent et donnent des conférences, entre autres lors des congrès annuels de l'association. Ils collaborent donc avec le milieu de la pastorale de la santé au Québec. Leurs activités reflètent les préoccupations qu'ils ont concernant la célébration du sacrement des malades et leurs tentatives de conscientiser les intervenants sur le sens de ce sacrement.

Nos deux corpus mis ensemble (voir Annexe 1) représentent la revue la plus exhaustive possible de ce qui a été écrit sur le sacrement des malades, au Québec seulement, entre 1990 et 2007, dans les périodiques, les monographies, les actes de congrès, les thèses, etc. Les exemplaires de la revue de l'Association des intervenants en pastorale de la santé que nous avons analysés vont de 1990 à 2007 avec une interruption en 2002, ces exemplaires n'étant pas disponibles au secrétariat de l'Association.

Accessoirement, nous avons aussi obtenu des données statistiques des départements de pastorale de six hôpitaux montréalais – soit Maisonneuve-

Rosemont, Sacré-Cœur, Jean-Talon et finalement le CHUM (Notre-Dame, St-Luc et Hôtel-Dieu). Ces données concernent le nombre de célébrations du sacrement des malades dans ces hôpitaux.

Notre objectif était d'avoir une idée générale du nombre de célébrations du sacrement des malades aujourd'hui dans les hôpitaux francophones de Montréal. En effet, notre problématique ayant signalé que la pratique dominicale au Québec était tombée à 35% en 1990, nous pouvions déduire que la célébration des sacrements avait également diminué, et c'est ce que nous voulions vérifier. Mais les chiffres obtenus des départements de pastorale ne nous ont pas été utiles pour prouver le déclin du sacrement des malades puisque ces chiffres ne différencient pas l'onction des malades donnée au cours de la maladie – parfois plusieurs fois – de l'onction, accompagnée du viatique, et donnée au moment de l'agonie. Conséquemment, ces chiffres indiquent simplement le nombre d'onctions des malades administrées par les aumôniers de ces six hôpitaux au cours de l'année 2006. Ils peuvent être consultés en Annexe 2.

#### 4.2 Cadre conceptuel

Nous avons indiqué au chapitre I comment notre problématique se fonde sur le déni de la réalité du mourir dans la société en général – et donc également dans les hôpitaux. Nous avons signalé la position ambiguë de bien des Québécois face à la religion catholique. Cette problématique a fait surgir une question : tel qu'institué par l'Église catholique, quelle est la place du sacrement des malades aujourd'hui dans les hôpitaux francophones québécois? Notre mise en contexte nous a apporté, d'une part, des notions nécessaires à la compréhension des dimensions spirituelle et religieuse de l'expérience du patient en fin de vie, et d'autre part, du risque de voir disparaître le sacrement des malades, pour de nombreuses raisons (pénurie de prêtres, interventions écourtées, coupures de postes, etc.). Nous pensons que des mesures

urgentes devraient être prises afin de s'assurer que le sacrement des malade continue à être célébré car, selon notre hypothèse, ce sacrement peut avoir pour fonction d'aider le patient et sa famille à apprivoiser la réalité du mourir – fonction fondamentale dans notre société qui, comme on l'a vu dans notre problématique, vit dans le déni de la mort.

Nous avons opté pour une approche que nous avons qualifiée de psychothéologique puisque notre corpus (voir Annexe 1) sera analysé à l'aide des écrits de trois auteurs spécialisés en psychologie et en théologie sacramentaire et qui nous offrent un cadre conceptuel solide. Nous analyserons tout d'abord le thème des besoins spirituels et religieux des personnes en fin de vie, tels que décrits par les intervenants en pastorale, mais en utilisant une notion proposée par Denis Vasse, prêtre et psychanalyste. Dans son livre *Le temps du désir – essai sur le corps et la parole*, il puise dans la psychanalyse freudienne et lacanienne pour inviter à aller au-delà des besoins afin de prendre la trajectoire qui mène du besoin au désir. Cette notion de trajectoire du besoin au désir nous apparaît très intéressante puisque, aujourd'hui, l'accompagnement des malades se fait généralement avec l'objectif de combler leurs besoins spirituels et religieux. Notre analyse vise à montrer que la trajectoire du besoin au désir de Vasse est plus efficace pour susciter un apprivoisement de la réalité du mourir que la tentative de combler des besoins spirituels et religieux. Pour ce faire, nous avons retenu deux indicateurs – soit « l'incitation au retour sur soi » et « l'émergence de la parole » qui sont deux actions qui favorisent une prise de conscience de l'importance du dépassement de l'imaginaire pour atteindre le réel. En analysant les écrits des intervenants en pastorale de la santé, nous verrons si nous pouvons déceler la présence de ces deux indicateurs dans leurs tentatives de combler les besoins spirituels et religieux des patients.

Puis, nous analyserons les écrits des prêtres qui célèbrent ce sacrement aujourd'hui à travers les réflexions de Louis-Marie Chauvet, prêtre et professeur de théologie sacramentaire. En effet, puisque, tout comme la pratique religieuse, la célébration du sacrement des malades est en déclin, on peut se demander si les malades en font moins la demande parce qu'il ne répond plus à leurs besoins spirituels ou parce qu'ils ne croient plus à son efficacité. Chauvet nous invite à analyser ce sacrement plutôt à travers la notion de pertinence. En effet, pour cet auteur, le sacrement est pertinent s'il devient une expérience vécue, non pas intellectuellement mais à travers le langage et le corps, ce qui met également à contribution la sensibilité de la personne qui le reçoit. Nous avons retenu ce concept de pertinence du sacrement et, pour l'analyser, nous avons choisi deux indicateurs : « l'utilisation d'un langage symboliquement représentatif de notre culture contemporaine » et « la participation du corps dans son ensemble », c'est-à-dire l'implication de toute la personne avec ses douleurs et ses joies, ses sens (toucher, odorat, ouïe, etc.). Nous verrons si nous trouvons ces éléments dans notre corpus.

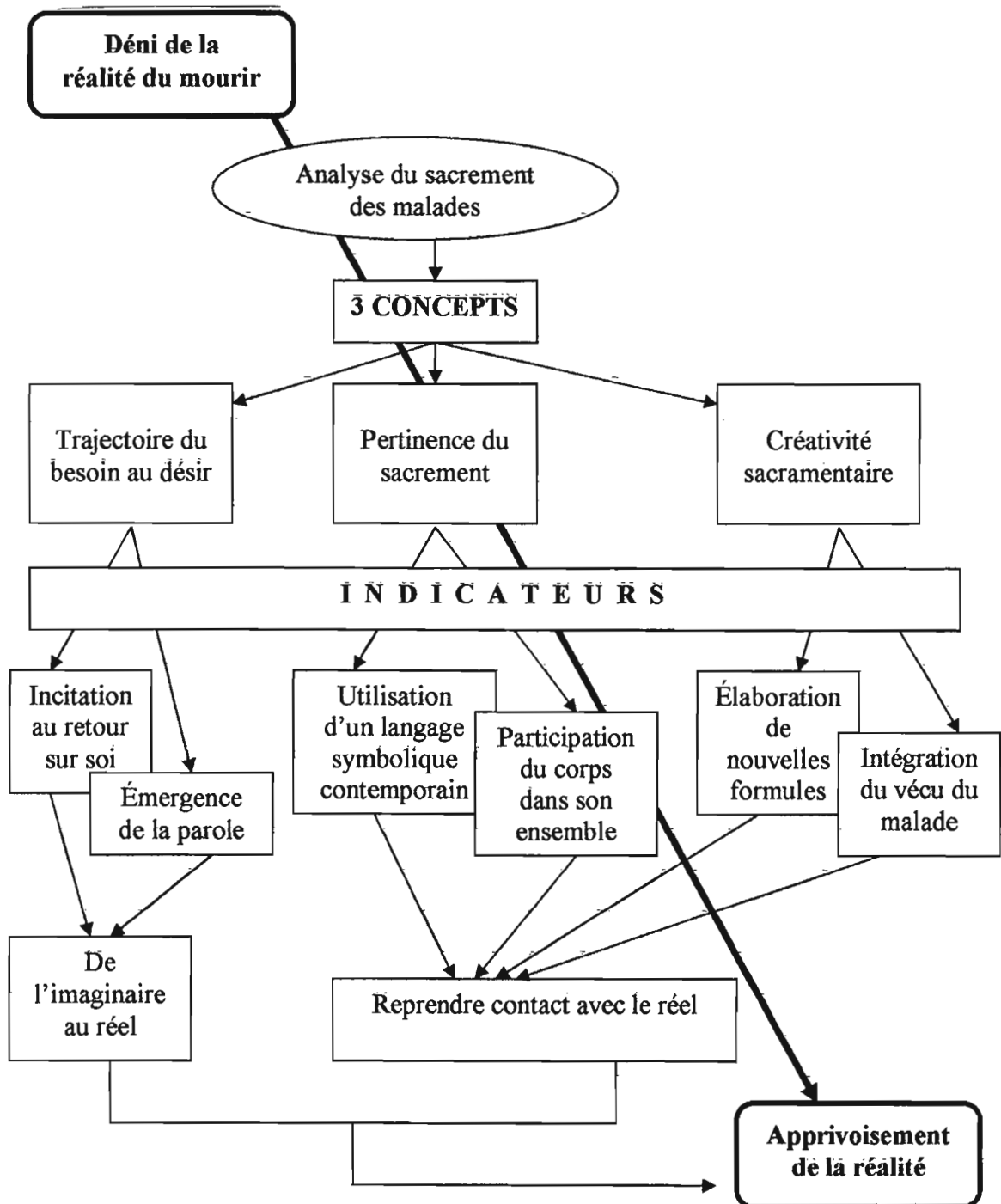
Guy Lapointe, prêtre, qui a eu une longue carrière comme professeur de théologie sacramentaire à l'Université de Montréal et qui a collaboré de très près avec les milieux de la pastorale de la santé au Québec, est celui qui a le plus écrit au Québec, sur la nécessité d'exercer sa créativité afin d'élaborer de nouvelles formules de célébration de tous les sacrements, en général. Il nous incite à réfléchir au fait que nombreux sont les malades qui abandonnent la célébration sacramentelle mais qui se disent encore catholiques. Ils sont devenus non réceptifs aux modes actuels d'expression et du langage des sacrements. Nous analyserons donc si ceux qui ont écrit sur le sacrement des malades au Québec au cours des dernières années partagent l'idée que le sacrement n'est pas d'abord un ensemble de règles à suivre ou un rituel à faire fonctionner, mais plutôt « un espace rituel appelant la créativité » (Lapointe, 1995, p. 36). Pour ce concept de créativité, nous avons retenu deux indicateurs : « l'élaboration de nouvelles formules » et « l'intégration du vécu du malade ». Nous

verrons si ces deux indicateurs rejoignent les préoccupations des prêtres qui administrent le sacrement des malades. En effet, nous visons à évaluer s'ils sont conscients qu'une certaine créativité est nécessaire pour garder le sacrement vivant.

Mentionnons aussi que deux de nos auteurs pivots, Vasse et Chauvet abordent la question de la réalité en indiquant qu'une action symbolique comme le sacrement nous permet de distinguer le « symbolique » de l'« imaginaire » (Chauvet, 1993). En effet, le symbole met le réel à distance. Par réel, Chauvet entend ce qui n'est pas issu des illusions créées par notre imaginaire. Donc, le symbole met le réel à distance en le représentant et en lui permettant de s'intégrer dans un ensemble culturellement signifiant et cohérent, tandis que l'imaginaire a tendance à effacer cette distance pour nous maintenir dans l'« immédiateté des choses » (Chauvet, 1993, p. 33). Ces deux auteurs nous font prendre conscience de la capacité du sacrement des malades d'aider le patient à apprivoiser et à vivre la réalité de l'expérience du mourir, en tenant compte de toute sa complexité, non seulement pour le malade mais pour l'intervenant en pastorale de la santé qui l'accompagne – ce qui rejoint notre hypothèse de départ (voir Figure 1).

Notre cadre conceptuel s'appuie sur le désir, sur une symbolique proche du corps et sur la créativité. Nous cherchons à établir si le sacrement des malades, tel qu'il est célébré actuellement dans nos hôpitaux, est signifiant pour le malade et pour ses proches, et s'il peut les aider, d'une part, à transcender le déni de la mort inhérent à notre société et, d'autre part, à renouer avec leurs racines culturelles – créant ainsi pour eux un ancrage dans la réalité. Ce cadre conceptuel nous aidera également à mieux situer la place du sacrement des malades aujourd'hui.





**Figure 4 : Schématisation du cadre conceptuel - les indicateurs choisis aideront à analyser si le sacrement des malades peut permettre un apprivoisement de la réalité**

## CHAPITRE V

### ANALYSE COMPARATIVE : UNE APPROCHE PSYCHO-THÉOLOGIQUE

Nous considérons que des actions urgentes devraient être prises afin d'assurer la pérennité du sacrement des malade qui, selon notre hypothèse, peut avoir comme fonction d'aider le patient et ses proches à apprivoiser la réalité du mourir. Pour assurer cette pérennité, il faut appréhender comment ce sacrement est perçu par ceux dont la tâche est d'accompagner les patients dans les dimensions spirituelle et religieuse de leur expérience – soit les intervenants en pastorale de la santé. Ce sont leurs écrits que nous analyserons.

Notre analyse vise, d'une part, à apprécier l'efficacité de l'approche des intervenants dans l'accompagnement des malades en fin de vie – approche qui s'appuie sur la distinction entre besoins spirituels et besoins religieux – en la situant par rapport à la trajectoire proposée par Denis Vasse, qui préconise de dépasser le besoin pour accéder au désir. D'autre part, notre analyse vise également à évaluer le potentiel créateur des intervenants pour donner à ce sacrement en déclin une nouvelle pulsion de vie. Pour ce faire, nous situons l'évaluation que les prêtres font de l'efficacité du sacrement des malades par rapport à la notion de pertinence avancée par L. M. Chauvet, qui propose une vision de ce sacrement plus proche du vécu des malades. Nous visons également à évaluer si les intervenants ont un souci de créativité dans la célébration de ce rituel en nous référant à Guy Lapointe qui donne des outils pour rendre le sacrement plus vivant et signifiant.

#### 5.1 Les besoins spirituels et religieux

Notre mise en contexte nous a permis de constater l'importance de la dimension spirituelle de l'expérience du patient en fin de vie. Nous avons également

vu que les intervenants font une distinction entre besoins spirituels et besoins religieux.

La professionnalisation de la pastorale de la santé, c'est-à-dire la reconversion de l'animateur de pastorale en intervenant en soins spirituels entraîne désormais une adhésion au « protocole d'entente » et au « cadre de référence » du ministère de la Santé et des Services sociaux qui déterminent comment répondre aux besoins spirituels et religieux des usagers du système de santé de la manière la plus pertinente et la plus appropriée. Cette professionnalisation peut donc limiter la liberté d'approche de l'intervenant envers le patient.

En 2005, le Département de pastorale de la santé du CSSS de la région de Chaudière-Appalaches a conduit une enquête<sup>19</sup> auprès des patients, des professionnels soignants et des animateurs de pastorale. Ceux qui ont analysé les résultats de cette enquête hiérarchisent les besoins qui sont d'abord d'ordre relationnel avant d'être des besoins de pratique religieuse ou de quête de sens (p. 11). Les besoins liés à la relation sont, d'une part, le besoin de sentir une présence aimante dans le sens de la bienveillance et de l'estime de soi (« sentir que j'ai de la valeur aux yeux de quelqu'un ou de Dieu », « sentir que Dieu m'aime », « se sentir considéré comme un humain à part entière », « besoin d'amour inconditionnel, de compassion, de tendresse ») et d'autre part, de sentir une présence consolante dans le sens de réconfort et de support (se sentir soutenu, compris et écouté). Les intervenants font également mention du besoin qu'ont les malades de s'identifier à la présence et de se situer par rapport à cette présence (« identifier qui est Dieu pour moi ») et d'établir une relation (« croire que je peux faire confiance à Dieu et qu'il peut me guider », « de vivre une relation avec Dieu ») (PASR, 2006, p. 11).

---

<sup>19</sup> Les intervenants ont ensuite produit un document intitulé *Programme d'accompagnement spirituel et religieux pour les personnes hospitalisées en chirurgie et en médecine* que nous appelons PASR 2006 comme référence bibliographique.

Les auteurs notent également que les besoins liés à la pratique religieuse consistent à se situer dans son univers spirituel et religieux : retrouver des points de repères qui donneront une cohérence à la personne qui doit subir la maladie et affronter la mort. Enfin, on retrouve les besoins liés à une quête et à un travail sur soi, qui permettent au malade d'intégrer ce qui lui arrive.

Les intervenants remarquent qu'à travers cette hiérarchisation des besoins spirituels et religieux, le malade semble vouloir :

*d'abord se rassurer (je suis toujours « moi » et je suis toujours estimable et aimable aux yeux des autres et à mes propres yeux), ensuite se stabiliser (recherche de points de repères, de valeurs, et exercice de rites familiers), enfin entreprendre un travail pour intégrer les événements, travail qui conduit la personne à se remettre en question et à se resituer. (PASR, 2006, p. 12)*

Ils notent également que tout au long de l'accompagnement, les patients font un cheminement débutant par une phase de passivité et de continuité qui semble avoir pour but de les rassurer (besoin d'une présence, se savoir toujours le même, se sentir aimé et estimé), puis ils passent ensuite à une phase plus active et créative (initiative, participation, questionnement, recherche, etc.) (PASR, 2006, p. 12). Les intervenants notent que le travail de quête et de redécouverte de soi aura généralement lieu après la démarche d'accompagnement. Il est le résultat de l'accompagnement dans la mesure où ce dernier aura permis au malade de cheminer par lui-même et au moment qu'il aura choisi. Donc, les objectifs des intervenants sont tout d'abord d'établir une relation de confiance et d'authenticité propice à l'accompagnement spirituel et/ou religieux puis, dans ce climat propice, d'encourager le malade à exprimer sa souffrance et son vécu et également à nommer ses propres ressources spirituelles dans sa réflexion (PASR, 2006, p. 27).

À la suite de cette enquête, les intervenants en pastorale de la santé ont conçu un document – une sorte de grille – qui les guide dans l'accompagnement spirituel et

religieux. Nous avons utilisé ce document (voir Annexe 3) car il donne de façon détaillée la démarche des intervenants lorsqu'ils accompagnent les patients dans les dimensions spirituelle et religieuse de leur expérience. Il est évident que l'accompagnement se fait en distinguant les besoins religieux et spirituels tout comme le Cadre de référence du ministère le recommande. Brièvement, les besoins spirituels font référence à la quête de sens et à une recherche de satisfaction intérieure. Quant aux besoins religieux, ils se réfèrent aux rites qui font le lien entre la foi d'une personne et son Dieu.

On suppose que les personnes qui ont des besoins religieux ressentiront la nécessité de recevoir le sacrement des malades car celui-ci fait partie intégrante de leur religiosité, tout comme l'Eucharistie. Les personnes qui ne connaissent pas le sacrement des malades parce qu'elles n'ont pas été en contact avec la religion catholique, ou même les personnes qui ont eu un contact avec la religion catholique mais qui s'en sont éloignées, manifesteront davantage des besoins spirituels tels qu'une recherche de sens ou des exigences relationnelles

*En ce sens, [l'accompagnement spirituel] «s'autonomise» de l'accompagnement proprement pastoral. À mesure que le tissu religieux chrétien et les appartenances qui en découlent, qui autrefois imprégnaient tant le milieu de la santé que les individus qui le fréquentaient, se désagrègent lentement, [l'accompagnement spirituel] sera appelé à devenir prépondérant. Toutefois, selon l'enquête et notre expérience, on peut constater que les références religieuses sont encore très largement présentes pour la clientèle âgée [...] (PASR, 2006, p. 10)*

Il y avait plusieurs manières d'aborder les besoins religieux et spirituels, mais nous avons choisi de les analyser tels que décrits par les intervenants en pastorale de la santé en les comparant à ce que préconise Denis Vasse dans sa trajectoire du besoin au désir. Nous avons utilisé deux indicateurs que nous retrouvons chez Vasse afin de voir si nous pouvons les identifier dans les écrits des intervenants en

pastorale de la santé. Ces deux indicateurs sont « l'incitation au retour sur soi » et « l'émergence de la parole ».

Pour Vasse (1997), la notion de besoin est discutable. En effet, pour l'auteur, le besoin implique la nécessité. On a besoin de manger, de boire, de communiquer avec d'autres, etc. Ce qui assouvit le besoin momentanément est sa satisfaction mais celle-ci n'est que temporaire. À un moment donné, le besoin se fera sentir à nouveau. On peut même dire qu'un besoin en cache un autre et, une fois comblé, il peut en apparaître de nouveaux. Les besoins sont donc illusoire car ils sont illimités. Si on examine le premier besoin hiérarchique évoqué par les malades, celui de relation, on réalise que la satisfaction du besoin de relation ne fait pas en sorte que nous possédons désormais la présence de quelqu'un car le besoin de l'autre est un éternel recommencement. De plus, nous dit Vasse, il y a souvent une période d'attente entre le ressenti du besoin et sa satisfaction. Quand la satisfaction se fait attendre il y a, d'une part, création d'élaborations mentales, imaginaires mais également création d'un écart d'où naît le désir. L'auteur préconise donc d'aller au-delà du besoin, de convertir le besoin en désir (Vasse, 1961, p. 31). Il est possible d'en arriver à désirer l'autre pour ce qu'il est, dans sa différence et son inaccessibilité et non plus pour l'utilisation qu'on en fait. Selon Vasse, c'est le renoncement de réduire l'autre à l'objet de son besoin qui est « le pivot de la conversion du besoin en désir » (Vasse, 1969, p. 31). Vasse note également qu'il y a un lien évident entre le désir et le réel – le désir conduit au réel. Par opposition aux illusions que construit notre imaginaire, le réel est ce que vise le désir de l'homme.

On ne peut toutefois se débarrasser des besoins, ils seront toujours présents dans nos vies et certains sont essentiels à la survie du corps humain. Par contre, l'homme peut se libérer de certains besoins en prenant conscience qu'ils sont la manifestation d'un vide, d'un « manque-à-être » (Vasse, 1997, p. 39). De fait, selon l'auteur, l'homme est composé d'un Moi qu'il connaît, mais il existe également une

autre partie de lui-même, le sujet, l'Autre, avec lequel il n'a pas de contact et qui lui manque même s'il n'en a pas conscience. « L'homme ne se délivre du vide de son besoin qu'en découvrant le manque-à-être dont ce vide est la manifestation. Il accède ainsi à la reconnaissance de l'être qui lui manque » (p. 39). Sans cette prise de conscience, l'homme demeure en état de manque car ce dernier ne peut être comblé par la satisfaction des besoins. Comment procéder à cette prise de conscience? D'une part, note l'auteur, par la prise de parole et d'autre part par le retour sur soi.

D'après la revue de notre corpus, cette notion d'incitation à la parole comme rôle important auprès des malades ne semble pas être reconnue par tous les intervenants. Certains semblent s'en tenir à être une présence :

*Rendu à cette étape, ce n'est plus le temps des confrontations inutiles et des vaines argumentations [...] l'accompagnement [...] c'est la rencontre des cœurs et ça se vit souvent dans un silence religieux, voire même mystérieux. Une présence silencieuse, juste par le toucher, vaut mille mots. (Bulletin n° 54, février 2001, p. 28)*

Mais, les intervenants du PARS 2006 semblent conscients de l'importance de la parole – importance de la prendre mais aussi de la passer :

*En réaction à un accompagnement directif et quelque peu paternaliste, une certaine conception contemporaine de l'accompagnement a tendance à reléguer l'animateur à un rôle de présence silencieuse. Dans l'accompagnement, l'animateur est invité, au moment opportun, à prendre l'initiative de la parole, non pas pour s'en assurer la maîtrise ou le monopole, mais bien pour permettre son expression en la redonnant ensuite à la personne malade, mourante ou à celles qui l'entourent. En prenant le risque de la parole, il rend possible la création d'un sens pour la réalité que vit la personne malade et que cette dernière ne peut pas toujours exprimer à travers la souffrance qu'il ressent. L'animateur agit alors comme un « éveilleur de parole » et comme un passeur de parole, lorsque cette parole se trouve bloquée, emmurée dans un silence qui n'est pas choisi, mais s'imposant comme gênant et pesant. Il prend la parole lorsque cette dernière se retrouve en attente et il la relance en invitant, avec prévenance, un échange mutuel de parole par les autres personnes*

*présentes. Il devient le relais de la parole d'un autre. En prenant une autre parole, il se manifeste comme l'autre de la parole. Puis, en passant la parole, il devient lui-même passage par lequel la parole peut continuer à se transmettre. (PASR, 2006, p. 28-29)*

Vasse note que le seul lieu d'où la personne peut se poser la question de son existence est celui de la parole, car c'est en elle que le sujet, l'Autre, surgit et se révèle. Mais cette parole n'émerge pas toujours facilement. En effet, Vasse précise que dans la maladie et la souffrance, l'image du malade est altérée et il se révèle être autre que ce qu'il imaginait être. Il croyait son image solide, une représentation dont il était sûr.

Un psychologue en soins palliatifs confirme :

*Les différentes pertes subies au niveau de l'image de soi et les relents d'une volonté d'être perçue comme une personne à part entière, douée d'aptitudes, de talents et de goûts qui lui sont propres, engendrent chez certains une « dissonance cognitive », une perception d'être « autre » que l'image qu'on leur reflète d'eux-mêmes. À cause de cette dialectique, on peut constater une oscillation des malades entre la plus complète dépendance et des sursauts d'autonomie. (Frappier, 1988, p. 40)*

En perdant cette image de lui-même, le malade ne retrouve plus ses repères habituels et il ressent un vide. Il se replie sur lui-même et souvent en arrive à croire que cela ne sert à rien de parler (Vasse, 1983). C'est l'écoute de l'intervenant, reconnaissant ainsi la souffrance du malade, qui permet au malade d'instaurer sa parole. Celle-ci délivre alors le malade de l'identification à l'imaginaire et ouvre la voie au réel qui est toujours présent mais qui est coupé des représentations que l'homme s'en fait (Vasse, 1997, p. 17). Donc, la souffrance qui entraîne la disparition des repères visibles, implique une chute de l'imaginaire. C'est comme si, dit Vasse, « la parole prend le relais de l'image » (1983, p. 51). Elle permet au malade de reconnaître cet Autre qui parle, cet Autre qui subsiste en lui, malgré toutes les altérations que son image a subies.



Et c'est au point d'émergence de la parole que le besoin de l'autre (le semblable, le prochain) se convertit en désir de l'Autre (Vasse, 1997, p. 19). Parler vraiment, c'est prendre le risque de parler de soi à quelqu'un, mais c'est aussi faire confiance à sa parole. Parler vraiment c'est prendre le risque de découvrir un autre soi-même, l'Autre, et de s'inscrire dans le réel car la vraie parole fait éclater l'imaginaire c'est-à-dire l'engrenage des représentations que nous fabriquons.

Un intervenant note :

*Quand la maladie frappe, il y a des questions qu'on ne peut plus éviter. Comme intervenants en pastorale hospitalière, peut-être nous faut-il résister à donner trop nettement nos réponses, plutôt que d'accompagner les personnes malades dans leur questionnement. Quand le temps presse, la tentation est forte de régler vite ou de rassurer superficiellement. Par ailleurs, quelle satisfaction lorsque nous avons l'impression d'avoir été auprès d'une personne malade – ou d'un membre de sa famille [...] quelqu'un qui a cherché avec eux, portant lourdement l'absurde de la situation, à l'affût de quelques point d'eau ou de quelques fragments d'étoiles à découvrir, et conscient du poids de sa représentation symbolique à la fois porteuse de sens libérateur en même temps que de contrainte paralysante. (Revue n° 63, février 2004, p. 31)*

Les intervenants abordent la notion de repli sur soi. Ils semblent conscients qu'un repli sur soi est normal au début, dans la phase de passivité décrite par PARS; certains s'inquiètent d'un trop grand repli sur soi du malade :

*Les intervenants insistent sur l'ouverture aux autres car il y a toujours le danger pour le malade d'un repli sur soi, d'une réduction de son univers à une sphère centrée sur soi et qui se rétrécit toujours. L'altérité, l'autre présence, devient le garant d'une ouverture nécessaire pour que la personne puisse réellement se révéler à elle-même. Et trouver un sens à ce qu'elle vit. L'altérité, qu'elle soit présente en nous par des traces ou à nous par un autre, est ce qui fondamentalement nous révèle, nous fait exister, nous permet de nous jeter dans l'existence. Malgré nos blessures et nos combats, il y a toujours, par la présente de l'autre, et en soi, la possibilité d'une vie accomplie, bénie, même si brisée par moments. (PARS, 2006, p. 27)*

Il semble donc que le repli sur soi soit une étape première, une sorte de retrait, de régression qui fait suite au choc de la prise de conscience de la mort imminente. Mais l'intervenant encourage le malade à sortir de ce repli sur soi qui peut être paralysant et l'oriente vers une ouverture qui lui permettra de se révéler à lui-même et de trouver sens à ce qu'il vit.

Vasse fait une distinction entre repli sur soi et retour sur soi. Le passage du besoin au désir indique à l'homme que sa pensée n'est pas toute puissante : il manifeste ses limites et c'est alors que l'homme rentre en soi-même (1997, p. 31). Cette transformation du besoin en désir, dit Vasse, permet de passer de l'imaginaire au réel et le réel nous oblige à renoncer, au moins temporairement, à la satisfaction de nos besoins (1997, p. 31) et « le désir naît du besoin mourant à lui-même » (1997, p. 39). En effet, dit Vasse, « en laissant se développer le besoin jusqu'au bout, en découvrant qu'il porte en lui le germe de sa propre mort, que l'homme renaît et que se libère le désir » (1997, p. 45). La trajectoire du besoin au désir libère l'homme de son lien de dépendance au besoin et cette autonomie acquise permet, dit Vasse, d'accepter la mort, et de l'autre et de soi.

L'importance du retour sur soi des malades semble préoccuper les intervenants. Ils encouragent les patients à identifier leurs raisons de vivre, ce qui donne sens à leur vie. Mais, ils ne semblent pas être sensibles à la notion de dépasser le besoin pour rejoindre le désir. Ils mentionnent : « Aider à cerner, à identifier, un besoin, un désir, un manque est une autre manière d'insuffler un souffle nouveau, de raviver l'espérance, de libérer un cœur trop lourd. » (Revue n° 64, mai 2004, p. 13). Un intervenant reconnaît que Jésus était conscient lui aussi de l'importance du désir :

*Avez-vous déjà remarqué comment Jésus invite la personne à exprimer son désir? Prenons, par exemple, l'histoire de cet aveugle, assis sur le bord du chemin. Lorsqu'il apprend que Jésus passe par là, il crie : « Fils de David, aie pitié de moi! » Et que fait Jésus : il*

*s'arrête, invite l'homme à s'approcher, et lui demande : « Que veux-tu que je fasse pour toi? » Notre première réaction peut être de dire que c'est évident que cet homme veut retrouver la vue. Mais ce n'est pas la réaction de Jésus. Il n'interprète pas le cri de l'homme, Il vérifie sa demande, son désir. Il aide l'homme à exprimer son attente. Il signifie à la personne malade : « Ce que tu vis est important pour moi. Je prends le temps de t'écouter ». (Revue n° 64, mai 2004, p. 14)*

Vasse va plus loin en ajoutant que l'homme doit accepter que « la vie n'est pas réductible au besoin qu'il a du monde » (Vasse, 1997, p. 33) et consentir donc à la non-satisfaction du besoin. Surgit alors non seulement la découverte de l'Autre en lui, mais également la découverte de l'existence de l'autre (son semblable) qui est différent de lui. Donc, dit Vasse, quand le besoin se transforme en désir, il y a une véritable rencontre :

*dans la rencontre vivante et symbolique, l'autre (le prochain) n'est plus seulement la projection du moi : il médiatise pour moi l'Autre en moi, le sujet. Une telle rencontre fait de moi une personne. Elle me donne la parole. (Vasse, 1997, p. 173)*

Les intervenants mentionnent que la présence d'un autre et la présence de Dieu sont fortement interreliées au point que la présence de Dieu se trouve « médiatisée » par la présence réelle des personnes auprès du malade. (PASR, 2006, p. 12). Vasse ajoute que l'homme de désir est celui pour lequel l'insatisfaction du besoin, le renoncement et la mort coïncident avec l'apparition d'autre chose que l'objet, avec l'apparition de l'Autre (1997, p. 45). C'est dans cette conversion qu'il entrevoit Dieu.

La revue des écrits des intervenants reflète une ouverture à la souffrance, au vécu et à la parole des patients. Il reste ensuite à ces derniers de décider, en toute liberté, s'ils souhaitent aller au-delà d'un accompagnement spirituel, c'est-à-dire vers un accompagnement religieux impliquant un rituel, éventuellement la célébration du sacrement.

En effet, le sacrement des malades semble permettre au patient de sortir de son repli sur soi. L'onction amène réconfort au cours de l'épreuve de la maladie et l'imposition des mains sur le malade appelle la protection de Dieu, sa bénédiction. Un aumônier ajoute que ce sacrement «... relève (le patient) en le conviant à refuser la tentation de se replier de plus en plus sur lui-même, à ne plus s'intéresser qu'à ce qui concerne ses besoins et il a tendance à utiliser les autres autour de lui pour satisfaire ses besoins » (Tremblay, 1993, p. 223). Comme cette onction peut désormais être reçue plusieurs fois, nous voyons le bienfait du sacrement pour le patient qui peut ainsi s'ouvrir à autre chose que son besoin.

Aussi bien le document *PASR* que les revues de l'association de la pastorale de la santé semblent démontrer que les intervenants appuient leur démarche sur les besoins des patients, tels que décrits par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous avons vu la grille que *PARS* utilise pour analyser ces besoins et déterminer s'ils sont d'ordre spirituel ou religieux. Cette approche du patient basée sur la distinction entre besoins spirituels et religieux se veut aidante. Son intention est de voir comment les intervenants peuvent répondre le mieux possible aux besoins des patients. Mais, nous avons vu, à la section 3.1.2 concernant les dimensions spirituelle et religieuse de l'expérience des patients en fin de vie, que la distinction entre religion et spiritualité est extrêmement complexe, particulièrement dans notre société contemporaine qui a perdu ses repères, ses balises et qui a donc une vision floue de ces dimensions.

En voulant faire entrer ces notions dans un cadre fixe tel qu'une grille d'évaluation, nous semblons percevoir une démarche répondant plus au besoin de l'intervenant qu'au besoin du patient. En effet, cette grille risque d'être utilisée un peu comme un algorithme, c'est-à-dire une suite d'opérations en vue de la résolution d'un problème et aboutissant à des « indices d'évaluation des résultats » (Voir Annexe 3). Cette distinction entre les besoins spirituels et religieux nous apparaît très

cérébrale, très encadrée. Nous comprenons que, dans un sens, elle est rassurante pour les intervenants mais il nous semble que les intervenants gagneraient beaucoup à ne plus être assujettis à la notion de besoin et à se familiariser avec la trajectoire du besoin au désir de Vasse. En effet, cet outil permet la rencontre avec soi-même et les autres par la parole et le retour sur soi, ainsi que le dépassement de la notion de besoin afin de tendre vers l'autonomie qui permet d'accepter la réalité de la mort. Apprivoiser cette réalité ouvre sur le processus de l'acceptation de la séparation et a une influence sur les répercussions psychologiques du deuil (Hétu, 1994). Cette démarche nous paraît donc avoir une visée plus large, moins astreignante et plus englobante par rapport à ce que vit le patient.

De plus la notion d' « indices d'évaluation » semble très discutable en pastorale de la santé :

*Il s'agit de mesurer le degré de pertinence de l'approche retenue en identifiant, de manière rigoureuse, les déterminants (variables déterminantes significatives) des résultats obtenus (le pourquoi ça marche ou ça ne marche pas). Ces évaluations relèvent en général de la recherche clinique et concernent notamment la fidélité au modèle. (PASR 2006, p. 34)*

Une telle évaluation pourrait éventuellement s'appliquer à une démarche de soins infirmiers mais, dans le domaine de l'accompagnement spirituel et religieux, cela nous apparaît comme un outil standardisé inutile pour les patients qui, eux, ne peuvent être standardisés, chaque malade étant un être humain unique. Cet outil n'est, en fin de compte, utile que pour les professionnels et pour les gestionnaires qui en ont besoin pour déterminer les besoins en ressources humaines et financières.

Notre analyse nous amène à conclure qu'il est vrai que l'intervenant trouvera cette trajectoire du besoin au désir plus insécurisante que le concept de besoin puisqu'il n'aura pas de plan ou de carte pour se diriger, mais l'accompagnement des personnes en fin de vie ne doit-il pas mettre l'intervenant face à lui-même, dans une

situation dans laquelle il doit s'impliquer personnellement, dans le sens de prendre des risques sans nécessairement tout contrôler. L'accompagnement ne doit-il pas susciter de la part des intervenants des initiatives personnelles?

## 5.2 La célébration du sacrement des malades

Dans notre chapitre sur l'histoire du sacrement, nous avons vu la définition du sacrement et nous en retenons que le sacrement est un symbole, une cérémonie sacrée. L'onction des malades est une cérémonie sacrée qui a pour but de procurer un soulagement au malade et qui l'invite à accepter la finitude et la mort. Le sacrement des malades est une invitation faite au patient et à sa famille à apprivoiser la réalité en regardant la mort en face.

On peut ajouter que le sacrement est un rituel, c'est-à-dire « un système codifié de pratiques, sous certaines conditions de lieu et de temps, ayant un sens vécu et une valeur symbolique pour ses acteurs et ses témoins, en impliquant la mise en jeu du corps et un certain rapport au sacré » (Maisonneuve, 1988, p. 12). Mais c'est un rituel conforme aux rites de l'Église catholique. C'est l'Église qui décide quelle forme prend ce rituel et comme on a pu le voir dans notre histoire du sacrement, elle lui a fait subir de nombreuses modifications. Entre autres, au Moyen Âge, elle a décidé que les laïcs n'étaient plus autorisés à célébrer ce sacrement, les privant ainsi d'un droit qu'ils avaient depuis les débuts du christianisme.

Quelle est la fonction du sacrement? Plusieurs auteurs ont proposé des réponses à cette question : permettre la rencontre avec Dieu (Lamarche, 1996), intensifier la vie en produisant la grâce (Fourez, 1982), donner un sens à ce qu'on vit car, « portes vers le sacré », les sacrements nous permettent de nous ouvrir à une autre dimension du temps et de l'espace, à une autre réalité, qui fait découvrir un nouveau monde de signification (Martos, 1982).

De nombreux chercheurs ont réfléchi sur l'efficacité du rite – les anthropologues analysant les rites existant dans les sociétés « primitives » et les théologiens se concentrant sur les rituels, entre autres les rituels sacramentaires. Déjà, au Moyen Âge, l'Église s'interrogeait sur la notion de « signe efficace » car toute activité rituelle a du sens dans la mesure où elle a une certaine efficacité (Rosier-Catach, 2004). Louis-Marie Chauvet (1993), spécialiste en théologie sacramentaire, note qu'il y a trois modèles de pensée concernant les sacrements. Tout d'abord, le modèle objectiviste prôné par Saint Augustin, Thomas d'Aquin et la scolastique en général, centré sur l'efficacité objective des sacrements comme moyens ou source du salut. Dans ce modèle, les sacrements sont des instruments de « production de la grâce » – ce don surnaturel que Dieu accorde en vue du salut. Pour synthétiser, Dieu, à travers les sacrements, sauve les hommes du péché et leur donne la possibilité d'accéder à la vie éternelle et en retour les hommes lui rendent grâce à travers les sacrements. Puis, il y a le modèle subjectiviste, avec Karl Barth qui préconise l'efficacité des sacrements comme instruments de « traduction de la grâce » déjà donnée par Dieu dans l'existence quotidienne. Dans ce modèle, les sacrements ont une fonction de signe révélateur d'un salut déjà accordé. Les hommes sont donc le signe vivant de ce qu'ils célèbrent dans les sacrements. Finalement, le modèle Vatican II a repris la doctrine traditionnelle des sacrements comme moyens de salut mais il a beaucoup insisté sur la fonction de signes du salut. Ce modèle est donc dans un statut intermédiaire. Il s'oppose à un trop grand objectivisme et insiste sur l'importance du vécu humain. Il insiste sur l'importance des gestes, des paroles et de la manière de célébrer. Donc trois modèles, mais dans les trois on recherche et on se réfère à l'efficacité des sacrements.

Chauvet, qui est notre deuxième auteur pivot, se questionne sur cette notion d'efficacité. Il la trouve importante mais non première. Pour lui, c'est la pertinence du sacrement dans sa signification qui devrait avoir la priorité. En effet, pour l'auteur les deux catégories de « cause de la grâce » et de « signe de la grâce » sont des concepts

de nature et de niveaux différents et cette hétérogénéité ne peut s'adapter à notre culture contemporaine.

*Cette observation (hétérogénéité) peut paraître « abstraite » mais elle est lourde de conséquences du point de vue de la culture contemporaine. Il n'appartient pas à un concile de prendre parti sur des problèmes d'« école » de ce type. C'est aux théologiens qu'incombe cette mission d'Église, s'il est vrai que leur fonction est de traduire dans la culture du temps la foi de l'Église. Or, il semble que, par la voie du langage et du symbolique, on puisse aujourd'hui avancer théologiquement en ce domaine, c'est-à-dire présenter un ensemble sacramentaire dont les deux pièces majeures soient faites d'un même alliage et soient donc homogènes. Si on le peut, ce n'est assurément pas parce que l'on serait plus perspicace ou plus intelligent que les théologiens des générations passées. C'est simplement parce que l'on est situé dans un autre « âge » de la culture et que l'on dispose d'instruments d'investigation qui n'étaient pas disponibles autrefois. Nous ne sommes pas meilleurs que nos pères; nous sommes autres. À autre culture, nécessairement autre discours théologique. (Chauvet, 1993, p. 17)*

Il semble donc important pour l'auteur d'adapter la sacramentaire au monde d'aujourd'hui. Par conséquent, selon lui, il faut désormais utiliser des concepts plus homogènes que la « cause de la grâce » et le « signe de la grâce ». Il propose deux concepts qui sont faits d'un même « alliage » : le langage et le symbolique. C'est par l'utilisation d'un langage symboliquement représentatif de la culture dans laquelle il s'insère que le sacrement peut, selon lui, avoir une pertinence dans notre culture contemporaine. Chauvet rappelle que le langage n'est pas un instrument mais une médiation : tout rapport entre l'homme et le réel, donc tout rapport humain est médiatisé, par conséquent constitué par le langage et culturellement construit. Le langage crée une mise à distance, une « rupture d'immédiateté » (Chauvet, 1993, p. 28) qui donne accès à la reconnaissance symbolique. En mettant le réel à distance grâce à des mots, l'individu le rend signifiant, d'où l'importance pour l'intervenant de faire émerger la parole du patient, comme le prône Denis Vasse, afin qu'il objective la réalité de ce qu'il vit. Le sacrement devient signifiant quand le patient a la



possibilité de s'exprimer lors de la préparation ainsi qu'au cours de la cérémonie. La signifiante est liée à la perception que lui donne son histoire personnelle et sa culture acquise depuis l'enfance car il vit dans un ordre culturel. Pour Chauvet, ordre culturel et ordre symbolique sont équivalents. Le mot symbole vient du grec *symbollein* (Chauvet, 1993, p. 32) qui veut dire mettre ensemble. Un ordre symbolique signifie que tous les éléments culturels se tiennent ensemble, chacun ayant sa propre signification et l'ensemble formant un tout cohérent. On peut donc se questionner sur la possibilité que le sacrement des malades soit aujourd'hui pertinent pour des malades québécois quand on a vu dans notre problématique que ces derniers vivent une grande ambivalence face à la religion de leurs ancêtres. Mais, quand frappe la maladie grave, quand il faut affronter solitude, souffrance, désespoir et angoisse, les malades, cherchant apaisement et réconfort, peuvent être tentés de puiser à leurs sources culturelles et de réapprivoiser la réalité de cette culture intimement liée à la religion catholique.

En deuxième lieu, Chauvet considère que le sacrement sera pertinent s'il inclut la participation du corps dans son ensemble, aussi bien de celui qui l'administre que de celui qui le reçoit. Par participation du corps, il entend implication de toute la personne avec ses douleurs et ses joies, ses sens (toucher, odorat, ouïe, etc.) et finalement son histoire personnelle incluant l'étape où il en est au moment de la célébration du sacrement.

Nous sommes donc allés vérifier dans le corpus que nous analysons si les personnes qui ont écrit sur le sacrement des malades au Québec au cours des vingt dernières années, entre autres Guy Lapointe, Raymond Lemieux, Yvon Paquin, Paul Tremblay, abordent ces deux éléments sur lesquels Chauvet insiste et que nous avons choisi comme indicateurs : « l'utilisation d'un langage symbolique contemporain » et « la participation du corps dans son ensemble ».

D'emblée, nous pouvons dire que, dans notre corpus, nous retrouvons une préoccupation évidente en ce qui concerne la façon dont le sacrement est célébré. Ou bien les auteurs se questionnent sur la pertinence ou bien ils reconnaissent carrément qu'il y a un manque de pertinence (Lemieux, 1991; Lapointe, 1991; Paquin, 1991).

*Est-il nécessaire de rappeler qu'un des grands défis actuels et à venir [...] demeure celui de la pertinence de nos actions dans les milieux de la santé et la qualité de nos pratiques inspirées par la mémoire de l'Évangile. Il y va d'une question de qualité de relations dans la façon dont sont vécues les rencontres des intervenants et intervenantes en pastorale avec les bénéficiaires et les membres du personnel hospitalier, surtout quand il s'agit de la pratique des sacrements chrétiens. Quelle est la justesse de nos paroles? Quelle est la qualité de notre écoute? [...] Dans nos pratiques rituelles, souvent formalistes, parfois si peu crédibles dans les milieux de la santé, est-il possible de trouver une certaine intelligence et une sensibilité [...] Est-on capable de retrouver l'espace et le temps voulus pour maintenir une qualité de relations, pour « humaniser » nos rituels chrétiens. (Lapointe, 1991, p. 8-9)*

Dans la pratique, il y a tout d'abord, l'approche du malade. Si on comprend la participation du corps dans son ensemble c'est-à-dire en y incluant son histoire personnelle, comme dit Chauvet, le contact personnel est important. Un aumônier note :

*Avant d'entreprendre une action avec un patient, il est primordial de prendre le temps d'en savoir un peu sur le patient. Quand le personnel appelle l'aumônier pour une demande d'extrême onction, il n'est pas du tout sûr que le patient veuille recevoir le sacrement ou même désire l'intervention de l'aumônier. Ce n'est qu'en dialoguant avec le patient que l'aumônier pourra évaluer le besoin du patient ou en participant à l'évaluation des besoins du patient avec l'équipe soignante qu'il aura une image plus claire de la personne avec laquelle il doit entrer en relation. (Paquin, 1991, p. 110)*

Bref, avant de poser un geste, l'aumônier entre en contact avec le patient, lui demande s'il est prêt à le recevoir, évalue son cheminement et lui laisse le temps de

s'exprimer. Afin que le contact soit signifiant, il semble en effet nécessaire que l'aumônier sache qu'elles sont les différentes étapes que traverse le malade car célébrer le sacrement sans respecter la réalité de la personne peut entraîner un geste sacramentel automatique.

*Le sacrement ne se situe pas toujours à l'intérieur d'un cheminement de foi chez le patient; le sacrement reste un acte isolé de l'expérience humaine du patient; le sacrement est quelquefois réduit à un rite magique fermé sur lui-même. (Dagenais, 1991, p. 77)*

Paquin dit également que pour être crédible, l'aumônier ne doit pas prendre pour acquis un rite, ou une personne, même si celle-ci est dans une situation de coma profond ou complètement confuse. Mais, ceci ne semble pas toujours être évident :

*À l'hôpital quand il y a imminence de mort, on appelle l'aumônier d'emblée, c'est le protocole. L'aumônier est donc présent parce que la mort est présente. C'est son travail d'être là. Il est là pour prier, pour donner les sacrements « alors que la plupart des conditions pour effectuer ces fonctions sont absentes ». Sa présence est requise alors que celui-ci n'a plus ou pas de marge d'action : pas d'espace autour du patient, patient, inconscient, comateux ou parfois déjà mort. Il possède peu d'informations sur le patient. Quand on l'appelle ainsi, à 2 heures du matin pour un patient qu'il ne connaît pas. Même s'il veut prendre le dossier pour s'informer, ce dossier n'est souvent pas accessible. Poser des questions au personnel se solde souvent par un échec car la plupart du temps, personne ne sait rien. (Paquin, 1991, p. 107)*

On retrouve également un problème qui semble fréquent : le personnel hospitalier appelle l'aumônier alors que le patient est décédé et la famille est partie. L'aumônier se retrouve donc seul avec le patient décédé.

*Puisque le sacrement est un signe vivant, il faut que l'acte posé soit signifiant et qu'il ne relève pas de la magie ou de l'automatisme. Si on ne rejoint pas le patient par ses sens (vue, toucher, parole,) il devient difficile d'être signifiant et crédible. Même chose pour les inconscients et les morts. On appelle l'aumônier pour un décès mais souvent lorsque la famille est partie. Si la famille qui a demandé le sacrement*

*reste pour prier, elle devient la communauté qui accueille le geste au nom du patient. Mais, souvent, l'aumônier se retrouve seul avec le patient qui est mort. (Paquin, 1991, p. 110)*

Parce que les sacrements sont des expressions verbo-rituelles c'est-à-dire qu'ils sont faits de langage verbal mais aussi de langage de gestes et de postures, on ne peut trouver de pertinence dans la célébration d'un sacrement dans une situation où l'aumônier se retrouve seul avec un patient décédé.

De plus, il est important de se rappeler, dit Chauvet, que le langage symbolique, le langage utilisé dans le rituel sacramentaire est également un langage hautement performatif, c'est-à-dire qu'il ne se contente pas de décrire un fait mais qu'il « fait » lui-même quelque chose. Quand le prêtre prononce une expression sacramentelle, il ne fait pas qu'énoncer des mots mais il accomplit un acte en soi. Cependant, l'expression n'est performative, dit l'auteur, que si le prêtre a vraiment la profonde intention de faire l'acte, si les participants en reconnaissent l'authenticité et si cela se passe dans un contexte approprié. En effet, le sacrement est accompagné de gestes et d'objets à usage exclusivement rituel et le temps choisi est également rituel puisque c'est un temps mis à part de la vie ordinaire. Le prêtre qui exécute le rite est habilité à le faire, grâce à un rite d'investiture. Le sacrement situe les participants dans un monde autre que celui de la vie quotidienne. Ils décident de faire de la place pour Dieu. Tout cela crée une rupture dans l'ordinaire, qu'on appelle « rupture symbolique » (Chauvet, 1993, p. 120). S'il y a excès de rupture symbolique, on assiste à des célébrations très chargées qui peuvent ne plus parler aux participants. Si, au contraire, il y a défaut de rupture par une simplification du langage, des gestes ou de l'espace, on peut banaliser le rite et perdre de sa signification.

Si on analyse les diverses réalités du travail des aumôniers en milieu hospitalier, on prend conscience que procéder à un rituel sacramentaire ayant un langage performatif, tel que décrit plus haut par Chauvet n'est pas toujours évident.

En effet, souvent l'aumônier est appelé alors que le patient est décédé, mais il y a également les cas où le patient se trouve sur une civière, dans un corridor de l'urgence ou même dans une chambre occupée par trois patients et leurs familles, donc sans aucune intimité possible et la plupart du temps, sans même un moment de préparation. Comment favoriser une célébration du sacrement qui soit pertinente dans ces cas.

Paul Tremblay, prêtre dans le diocèse de Chicoutimi, ressent la nécessité de rappeler aux aumôniers qu'ils doivent se familiariser avec les recommandations de Vatican II, rédigées par la Constitution apostolique *Sacram unctionem infirmorum*, en 1972 et diffusées en langue française en 1976. Selon l'auteur,

*Donner le sacrement de l'onction sans avoir lu et approfondi les notes doctrinale et pastorales que contient le rituel, c'est passer à côté du renouveau souhaité par le Concile [Vatican II] (Tremblay, 1993, p. 220)*

Ces recommandations précisent que dans les cas d'urgence où le temps manque, c'est le sacrement de la Pénitence qui devrait être donné en premier, puis le viatique et, s'il reste du temps, l'onction. Dans les cas où l'aumônier est appelé en cas d'extrême urgence, le sacrement peut se limiter à l'imposition des mains, « signe de la présence et de la prière de l'Église » (Tremblay, 1993, p. 224) et à l'onction d'huile suivie d'une prière. Si le médecin estime que les chances de survie sont nulles, l'onction n'est plus le sacrement approprié. Si l'aumônier est appelé au chevet d'un patient décédé, il ne lui donnera pas l'onction mais il priera avec les proches parents et « demandera à Dieu de pardonner les péchés du défunt et de l'accueillir dans son royaume » (cité dans Tremblay, 1993, p. 225). Quant aux malades inconscients ou comateux, il est recommandé que l'imposition des mains et l'onction soient administrées si l'on estime que le patient aurait demandé le sacrement s'il avait été conscient.

Même si l'onction des malades peut également être donnée lors du sacrement des mourants, c'est-à-dire incluse avec le sacrement du pardon, c'est le viatique qui est le véritable sacrement des mourants, le sacrement du passage. En effet, le viatique rappelle l'obligation de communier au moment de la mort. Donc, si on veut être cohérent, dans les cas d'urgence, quand l'aumônier est appelé alors que le patient est déjà décédé, il n'a pas à lui donner l'onction des malades, note Tremblay (1993), mais il doit prier, si possible avec les proches parents, et demander à Dieu de pardonner les péchés du défunt et de l'accueillir dans son Royaume. Le viatique pose toute la question de ce qui doit être fait quand le patient est inconscient, dans le coma et qu'il ne peut avaler. C'est pour cette raison que les aumôniers préfèrent être appelés par les familles ou le personnel hospitalier quand le patient est encore conscient et qu'il peut encore participer.

Un intervenant se questionne :

*Depuis environ 5 ans que je distribue la communion dans ce centre d'hébergement, je n'ai porté le viatique que trois fois. Cela s'explique en partie par le fait que l'on m'appelle souvent auprès d'une personne malade, inconsciente, la plupart du temps, à cause de la morphine. Souvent, la communion que j'ai donnée durant la semaine a été la dernière communion. Peut-on affirmer qu'elle s'est mutée en viatique? Comme l'onction des malades est devenue au cours de l'histoire l'extrême-onction, peut-on considérer qu'elle est devenue l'extrême communion? Les prières qui accompagnent l'administration du viatique ne doivent-elles pas vêtir une forme spécifique distincte de celles d'une communion que je nomme régulière? Je viens de soulever ici un des éléments du problème que nous vivons par rapport au viatique. (Revue n° 3, mai 2006, p. 26)*

Il semble donc qu'il soit pertinent de ne pas trop attendre pour proposer le viatique aux malades. Il faut attendre l'agonie mais le malade doit être assez conscient pour participer à la célébration. C'est alors qu'elle est significative et que le sacrement « produit pleinement son fruit » (Giguère, 1993, p. 217).

Les aumôniers des hôpitaux semblent également déplorer le fait qu'actuellement, dans la plupart des cas, le sacrement des malades est célébré en la seule présence du prêtre et du malade. Mais il est souhaitable que les parents et les amis y assistent et participent à la prière car la famille fait partie du milieu culturel du malade. Comme on l'a vu plus haut avec Chauvet la pertinence du sacrement est liée à l'histoire personnelle du malade et à sa culture acquise depuis l'enfance, à cet ordre culturel dans lequel il baigne puisque ordre culturel et ordre symbolique sont équivalents.

L'analyse de notre corpus nous révèle que les prêtres qui célèbrent le sacrement des malades sont conscients que celui-ci doit être humanisé. Dagenais, qui est l'un d'entre eux, dit : « nous devons faire effort pour insérer la célébration des sacrements dans la valeur symbolique de la réalité humaine et lui permettre de rejoindre de l'intérieur l'expérience vécue par la personne malade. » (1991, p. 77) Mais ils ne semblent pas aller au-delà de rejoindre l'expérience vécue du malade, de respecter l'étape où il en est, etc. Ils ne se rendent pas aussi loin que Chauvet, qui souhaite que le sacrement ne soit pas un concept intellectuel mais qu'il s'inscrive dans le corps : parole mais aussi prosternation, mains tendues, sens en éveil : toucher, odorat, vue, ouïe – le corps dans sa corporéité, dans son intégralité, donc en y incluant les émotions.

Denis Gagnon, directeur de l'Institut de pastorale des Dominicains déclare :

*Dans les faits, le corps peut-il respirer dans la liturgie? Nos liturgies donnent-elles toutes ses chances à notre corps? Permettons-nous à celui-ci de s'exprimer en toute liberté? Le laissons-nous jouer le jeu de la liturgie? [...] Pétris de chair et d'esprit, nos corps ne sont-ils pas appelés à l'exultation dans l'admirable alliance qui nous marie à Dieu dans la célébration liturgique? (Gagnon , 2004, p. 232)*

Nous ne savons pas si les aumôniers sont préoccupés par cette dimension corporelle puisque nous ne trouvons pas d'écrits sur ce thème dans notre corpus, mais

on trouve des remises en question : « Nos rites chrétiens peuvent devenir facilement des trucs qui nous donnent bonne conscience et parce que nous avons célébré tous les sacrements requis, nous ne faisons pas toujours l'effort demandé pour humaniser nos propres interventions. » (Dagenais 1991 p. 77). Paquin ajoute :

*Désormais je ne cours plus, je prends le temps de regarder, de prendre conscience de ce qui se passe, j'interviens moins souvent pour donner un sacrement. C'est peut-être un peu plus long mais plus satisfaisant pour moi et le patient. J'essaie d'établir autant que possible un contact humain avant de faire un geste rituel. J'ai dû faire une coupure avec une pratique qui se voulait une distribution ou une sacramentalisation à tout prix pour ne pas dire compulsive. J'ai pris du recul pour ensuite intervenir de façon plus humaine. (Paquin, 1991, p. 108)*

On constate dans les écrits des intervenants leur soif de donner plus de pertinence à ce sacrement : « Quelle place donnons-nous à notre formation à une réflexion profonde concernant la recherche de rituels signifiants? » (Revue n° 53, novembre 2000, p. 15). Mais ils n'abordent pas les deux sujets qui touchent de près à la pertinence du sacrement des malades : soit, les relations clercs-laïcs et la pénurie de prêtres. En effet, le fait que les intervenants laïques ne peuvent célébrer le sacrement des malades occasionne d'une part des délais, puisque les aumôniers ne font pas de garde de nuit. D'autre part, souvent un intervenant laïque établit une bonne relation avec un malade et sa famille mais quand cette relation débouche sur une demande de sacrement, l'intervenant doit se retirer pour laisser la place à l'aumônier qui ne connaît pas le patient. Quant à la réalité du manque de prêtres, on ne compte que 72 prêtres en formation à l'heure actuelle au Québec alors qu'on recense un nombre record de prêtres dans la tranche des 75-79 ans (Bourgault-Côté, 2007). Il est donc évident que les services de pastorale de la santé vont devoir faire face à un problème majeur concernant la célébration du sacrement des malades – problème qui n'est pas abordé actuellement dans les écrits des intervenants, à l'exception d'un intervenant qui écrit :



*Vatican II disait apporter une bouffée d'air frais mais la hiérarchie se cramponne, ne cède pas de terrain, elle garde le contrôle sur tout. L'Église a de moins en moins de donateurs « brevetés » de sacrements. Elle discourt pourtant sur la responsabilité des laïcs et de leurs implications dans la mission de l'Église auprès des démunis, des malades. Alors qu'attend-elle pour s'ouvrir au monde, aux laïcs, en « redonnant » à ces derniers, lesquels seraient préparés en conséquence, le plein pouvoir de donner l'onction des malades [...] Qu'attend la hiérarchie cléricale pour aérer nos pratiques et faire de la place à des gens qui seraient mandatés, de façon toute spéciale, dans un service auprès des malades? Nous payons des prêtres pour cela. Pourquoi pas de diacres, des religieuses, des agents de pastorale ou des chrétiens engagés auprès des personnes malades? Attendons-nous qu'il n'y ait plus de prêtres, pour alors n'effectuer qu'un virage d'urgence? (Audy, 1999, p. 198)*

Par contre, les écrits des aumôniers reflètent leur préoccupation devant les nombreux obstacles auxquels ils doivent faire face dans la célébration du sacrement et qui sont liés à leurs conditions de travail dans les hôpitaux : coupures de postes, interventions écourtées dues au contexte du virage ambulatoire, absence d'un lieu où trouver intimité et recueillement, manque de temps pour une préparation efficace avec le patient et la famille, etc. – obstacles qui ne semblent pas en voie d'être surmontés.

L'adaptation du sacrement à notre société contemporaine est également problématique. Nous avons vu que le sacrement des malades est un rituel. La forme qu'il prend dépend des décisions de l'Église, qui décide ou non de le modifier. Nous avons vu que Chauvet considère qu'il faut adapter le sacrement des malades au monde d'aujourd'hui en utilisant entre autres un langage symbolique approprié. Pour l'instant, les symboles retrouvés dans la célébration du sacrement sont des symboles chrétiens. Selon lui, l'ordre symbolique et l'ordre culturel étant équivalents, le langage qui devrait être utilisé dans la célébration du sacrement devrait être un langage symbolisant l'histoire et la culture du malade. Il ne donne malheureusement pas d'indications concrètes sur la manière dont cela devrait se faire.

Existe-t-il des manières de célébrer ce sacrement de façon à ce qu'il soit plus signifiant? Nous poursuivons notre analyse avec Guy Lapointe, prêtre et professeur de sacramentaire, qui est convaincu que ce sacrement mal connu et surtout perçu comme un sacrement du temps passé, peut évoluer si les aumôniers mettent un peu de créativité dans la façon de le célébrer.

### 5.3 Plus de créativité dans la célébration du sacrement des malades

Bien des gens croient encore que le sacrement des malades, c'est l'extrême-onction. Ils ignorent que, depuis Vatican II, ils peuvent recevoir l'onction des malades, qui est conférée aux personnes dangereusement malades en les oignant sur le front et sur les mains avec de l'huile dûment bénite en disant la prière prescrite. Cette onction peut être répétée plusieurs fois au cours de la maladie.

Nous avons déjà vu que Paul Tremblay (1993), prêtre, recommandait aux aumôniers de lire et d'approfondir les notes doctrinales et pastorales concernant le renouveau mis en place par la Constitution apostolique *Sacram unctionem infirmorum*, en 1972. De fait, il constate que l'onction des malades demeure un sacrement largement « méconnu, escamoté, renvoyé le plus souvent à l'extrémité de la vie » (p. 219) – un sacrement qui ne signifie guère plus que l'imminence de la mort. Il admet qu'il devrait être revalorisé et remodelé. Il reconnaît que même parmi les aumôniers, « ce sacrement n'est connu que superficiellement, qu'il est ignoré largement par les autres intervenants en pastorale et tout à fait inconnu du grand public. » (p. 219). L'auteur cite les articles de *Sacram unctionem infirmorum* qui encouragent les aumôniers à « tenir compte des besoins et des circonstances, mais aussi des désirs des malades et des autres fidèles » (article n° 15) et également « en fonction des personnes et des situations, le ministre n'hésitera pas à user des possibilités d'adaptation prévues dans le rituel » (article n° 16). Il ne s'agit pas, dit Tremblay (1993, p. 220), de « coller tout au plus quelques pièces nouvelles sur le

vieux tissu de l'extrême-onction », mais plutôt de changer véritablement nos mentalités et nos conceptions face à la maladie et au sacrement des malades. Puis, il faut prendre conscience de la multiplicité de ce sacrement : visite et communion des malades, onction, réconciliation, viatique. C'est un ensemble offrant de multiples options afin de l'adapter aux diverses situations. L'onction n'est définitivement plus un sacrement lié à la mort mais plutôt à la maladie.

Malgré le renouveau dans la façon de célébrer le sacrement des malades recommandée par la Constitution apostolique de 1972 et le souhait de cette Constitution que des possibilités d'adaptation soient prévues dans le rituel, Tremblay (1993) semble déplorer le fait que ce sacrement ait été finalement très peu remodelé. Il faut dire que si cette Constitution apostolique prônait de façon globale des adaptations du sacrement aux différentes situations, elle ne donnait toutefois pas de suggestions sur la manière de procéder.

Guy Lapointe, qui est notre troisième auteur pivot, déplore lui aussi le fait que le renouveau liturgique n'ait pas eu les résultats escomptés (Lapointe, 1995). Il a été mené en grande partie par des experts liés aux hiérarchies romaines et épiscopales qui n'ont pas œuvré à reconstituer un langage liturgique qui collerait à la réalité d'aujourd'hui, c'est-à-dire plus en accord avec la mentalité et la sensibilité contemporaine. Les experts n'ont pas inclus les aspects psychologiques et sociologiques dans leur restauration liturgique et ils n'ont pas pris en compte la société moderne telle qu'elle est aujourd'hui afin de comprendre les symboles qu'elle véhicule. De plus, dit l'auteur, la réforme a été imposée d'autorité, ce qui fait que ni les responsables locaux, évêques et prêtres, ni les groupes de chrétiens n'ont eu la possibilité d'entreprendre une réflexion sur la redécouverte du sens de la liturgie et, donc, des sacrements.

*Cette pratique d'autorité a non seulement inhibé la recherche de créativité, elle a aussi entraîné la marginalisation des chrétiens plus soucieux de retrouver une expression liturgique en accord avec ce qu'ils vivaient au plan chrétien [...] on a empêché le « chrétien ordinaire » de prendre en mains la recherche d'expressions liturgiques pour signifier son espérance. (Lapointe, 1995, p. 61-62)*

Le grand dictionnaire encyclopédique Larousse (1982) décrit la créativité *comme le pouvoir créateur, la capacité d'imagination, d'invention et de création.* Lapointe utilise la définition qu'en fait Hameline « l'optimisation des possibilités de confirmer son identité dans le renouvellement, » (Hameline, 1972, p. 111)<sup>20</sup> car pour Lapointe (1995) la créativité liturgique implique la conception d'un espace de liberté permettant à chacun de s'exprimer selon ce qu'il est, dans le but d'un renouvellement constant de la recherche de l'identité chrétienne (p. 66). En ce sens, il rejoint Denis Vasse qui préconise la trajectoire du besoin au désir car elle libère l'homme.

Lapointe (1978) signale que c'est dans la créativité que la première tradition liturgique est née et c'est également dans la créativité que cette tradition peut se maintenir vivante, et donc pertinente. Sans encourager les improvisations inappropriées, il invite à la créativité les intervenants en pastorale de la santé, par exemple dans la parole choisie qui accompagne le sacrement, ou dans les gestes rituels. En effet, il encourage à dépasser la « fadeur stéréotypée » et à sortir d'un cadre trop rigide. Pour lui, il importe de faire de la rencontre autour du sacrement des malades une expérience dynamique, incluant essentiellement le malade dans ce qu'il est et dans ce qu'il vit, dans son histoire personnelle et également, peut-être, dans sa famille et son entourage. Cela rejoint la notion de pertinence du sacrement de Chauvet qui vise un enracinement de la rencontre sacramentaire dans la personne.

---

<sup>20</sup> Cité dans Lapointe (1995).

Pour redonner vie à la liturgie, et donc aux sacrements, dit Lapointe (1995), il faut tout d'abord prendre conscience de l'originalité de cette expérience qui surgit du vécu des personnes, puis donner à chacun la possibilité d'exprimer sa créativité dans ce projet sacramentaire qui n'est jamais terminé mais qui est constamment à faire. Cependant, dit l'auteur, devenir créatif ne veut pas dire tomber dans l'arbitraire et improviser, mais plutôt élaborer à l'intérieur de la tradition liturgique des formes nouvelles qui permettent à la liturgie de se renouveler. De fait, comme nous l'avons vu dans notre historique du sacrement des malades, la liturgie, tout comme l'Église, a continuellement eu besoin de réformes afin de ne pas devenir statique et de se scléroser. Donc, « élaboration de nouvelles formules » dit l'auteur, mais également « intégration du vécu du malade » dans la célébration. Ce sont ces deux éléments que nous garderons comme indicateurs à rechercher dans les écrits des aumôniers.

Concernant l'intégration du vécu du malade, Paquin note :

*Écoute attentive de ce que vit le patient, ne pas forcer l'acceptation du sacrement, courir le risque de demander au patient s'il veut recevoir le sacrement et accepter qu'il le refuse même si la famille l'a demandé, vivre les pleurs et les silences, se rappeler que le sacrement vient célébrer un événement important de la vie, ce n'est pas un cataplasme que l'on applique sur commande.* (Paquin, 1991, p. 112).

Quant au Comité de pastorale de l'Hôpital Notre-Dame (Giguère, 1993, p. 217), il déplore le fait que trop souvent les parents et les amis sont absents de la célébration du sacrement des malades. La seule présence du prêtre et du malade ne permet pas l'intégration du vécu du malade à la célébration puisqu'il n'est pas accompagné de ses proches.

Lapointe (1995) suggère d'être créatif en faisant de la place au récit de la vie des individus. En cela, il va dans le sens de Chauvet qui, lui aussi, préconise de tenir compte de l'intégralité du malade afin de donner une pertinence au sacrement. L'Église, dit Lapointe (1995), « a toujours eu de la difficulté à intégrer la subjectivité

humaine dans sa réflexion » (p. 55). La célébration devrait être un espace où se rencontrent la parole de Dieu et la parole de l'homme. Pourtant l'individu n'y a pratiquement aucune place. Cette lacune est importante car, comme nous avons vu avec Vasse, il est important qu'émerge la parole car parler, c'est prendre le risque de découvrir un autre soi-même, l'Autre. Cela permet également de s'inscrire dans le réel car la vraie parole fait éclater l'imaginaire c'est-à-dire l'engrenage des représentations que nous fabriquons.

Pour que cette rencontre advienne entre la parole de Dieu et la parole de l'homme, la liturgie doit être créatrice d'un espace de célébration dans lequel le sacrement devient un lieu habité par la personne « qui naît à soi-même pour naître à Dieu » (p. 55). Pour ce faire, on doit incorporer dans la célébration du sacrement les aspects pragmatiques de la réalité du vécu des personnes. Ainsi, la célébration provoquera une expérience de foi et une intensité spirituelle. Concrètement, dit l'auteur, cela signifie que des efforts doivent être faits pour éviter les surcharges de lectures. Il vaut mieux n'en choisir qu'une ou deux qui soient pertinentes et capables de rejoindre le récit de la vie des gens rassemblés et laisser une grande place au silence, afin que la parole ait le temps de provoquer une interprétation plus créative. Puis, Lapointe (1995) insiste sur le partage – partage de la parole mais aussi, lors du viatique, qui est la communion, le geste de partage du pain et du vin, corps et sang du Christ. Ce geste qui évoque les partages vécus dans le quotidien donne l'opportunité à tous de s'interroger sur la qualité de leurs propres partages. Malheureusement, ce geste, dit l'auteur, est trop souvent « une distribution d'hosties » qui ne permet pas de vivre les gestes de rompre le pain et de partager la coupe afin que les participants expérimentent la force symbolique de cet appel au partage.

Comment Lapointe envisage-t-il cette créativité afin d'élaborer de nouvelles formules de célébration? Faut-il créer de nouveaux rites et de nouveaux symboles? Les psychologues religieux, dit l'auteur, affirment qu'il n'est pas possible de créer

des symboles, qui sont normalement donnés aux hommes. « Ce sont les symboles qui font l'homme et l'homme doit se laisser former par eux. » (Lapointe, 1978, p. 81) De plus, l'auteur rappelle que dans les symboles chrétiens qui donnent vie aux sacrements, il y a toujours une référence à certains gestes du Christ et à l'Église et qu'ils font donc partie intégrante de la symbolique chrétienne. Dans quel sens alors les sacrements peuvent-ils bénéficier d'une certaine créativité? L'auteur déclare que ce sont les formes de la symbolique qui n'ont pas évolué au fil des siècles et c'est donc à ce niveau qu'il doit y avoir des changements : donner une vie nouvelle aux grands symboles anciens, élaborer de nouvelles formules afin d'aider l'homme moderne à vivre ces symboles selon sa mentalité propre. La liturgie, et donc les sacrements qui en font partie, est une « médiation du don de Dieu au monde », dit l'auteur (1995, p. 35), un acte de communication qui comporte de nombreux éléments : langage parlé, expressions non verbales, contacts entre les personnes, signes créateurs d'espace symbolique : silences, environnement, qualité des lieux, etc. La difficulté rencontrée en ce qui concerne les sacrements, c'est qu'il sont des rituels et qu'on tombe souvent dans la facilité de s'en tenir aux prières rédigées d'avance et aux gestes stéréotypés qui prennent une forme banale et dépourvue d'originalité. Pratiqué ainsi le sacrement non seulement ne favorise pas la communication avec l'autre et avec Dieu, mais entrave toute prise de risque d'ouverture à l'autre. On est donc dans un rituel qui ne requiert qu'un minimum d'implication personnelle – alors que l'implication est la base de la communication. Nous avons vu, dans notre section sur les besoins religieux et spirituels, que la hiérarchisation de ces besoins place le besoin de relation en tout premier – relation avec les hommes et avec Dieu.

En dernier lieu, Lapointe aborde la question de l'implication corporelle dans le sacrement. Il déclare carrément que la réforme rituelle de Vatican II a oublié le corps alors que toute ritualité comporte une expression corporelle. Le sacrement dit-il, n'est pas seulement une réflexion intellectuelle mais également une expérience

vécue à travers le langage et le corps, ce qui met donc à contribution la sensibilité de la personne qui y participe : dimensions de douleur et de désespoir mais aussi de joie et de plénitude. Les sens doivent également être au rendez-vous (l'ouïe, l'odorat, la vue, etc.); il faut inclure de la musique, des chants, de l'encens, des chandelles, la parole (la prendre et la donner). Si on n'inclut pas toutes les dimensions du réel, et donc le corps, le sacrement ne peut être signifiant. En cela, Lapointe et Chauvet se rejoignent.

Lapointe constatait déjà il y a trente ans :

*C'est dans la créativité que notre première tradition liturgique a pris racine. C'est également dans la créativité que notre tradition liturgique peut redevenir vivante et ce n'est qu'à ce prix. Il y va d'une fidélité profonde à l'expérience chrétienne. Si on ne peut être créateur et libre au cœur de la célébration, comment peut-on penser le devenir dans l'expérience chrétienne elle-même. L'enjeu est grave et les responsables de la liturgie ne semblent pas s'en rendre compte. (Lapointe, 1978, p. 165)*

Mais il faut bien se rendre à l'évidence que, trente ans plus tard, si on retrouve dans notre corpus un souci et une recherche de pertinence du sacrement, on n'y retrouve pas cette préoccupation de créativité.

*Les signes que nous donnons aujourd'hui manquent de pertinence [...] la pertinence ce n'est pas dans des structures meilleures qu'on va la trouver, ni dans des techniques ou des modèles théoriques, mais dans la vie et le témoignage de baptisés qui auront accepté d'accompagner des frères et sœurs dans leur questionnements surgis du lieu de leur souffrance. (Pelchat, 1991, p. 63-64)*

Pourtant, il semblerait que la créativité dans la célébration du sacrement des malades doive émaner des prêtres eux-mêmes. Pour cela, il faut qu'ils ressentent le besoin d'apporter des changements à la célébration afin de la rendre plus pertinente aujourd'hui. Mais, notre corpus nous révèle qu'au cours des dernières années la réforme liturgique ne semble pas avoir rejoint ceux qui célèbrent le sacrement des



malades et la créativité ne semble pas être parmi leurs préoccupations puisqu'ils n'ont rien écrit sur ce sujet.

Lapointe (1995, p. 15) note qu'un grand nombre de catholiques trouvent que les sacrements ne sont plus inspirants – un peu comme s'ils avaient vieilli, comme s'ils avaient subi l'usure du temps et ils souhaiteraient qu'ils « évoluent » afin qu'ils puissent les interpeller aujourd'hui. En même temps, on sait que la modification de certains rituels chrétiens, telle que recevoir désormais l'hostie dans la main au cours de la communion, a suscité beaucoup de réactions de désapprobation. Dans le cas du sacrement des malades, ces modifications ne pourraient-elles pas être instaurées sur la base d'une entente entre l'aumônier et le malade et sa famille? Ne pourrait-il pas y avoir consultation avant la célébration? À partir du moment où l'aumônier a rencontré le malade, lui a parlé, l'a écouté, a respecté ses silences, a partagé ses moments de tristesse mais également de joie, n'a-t-il pas une connaissance du patient qui lui permet d'intégrer son vécu à cette célébration, ainsi que d'inclure sa famille et ses amis, afin d'en faire une vraie célébration, ouverte non pas à l'improvisation mais à la créativité de chacun : la beauté du geste de l'onction sur la tête et les mains du malade, incluant donc le corps dans la célébration, une prière ritualisée, mais dans laquelle on fait intervenir la spécificité de la situation de ce patient en particulier. Est-ce que ce ne sont pas des moyens simples de rendre un sacrement plus vivant?

Dans la revue de l'Association des intervenants en pastorale de la santé, un aumônier qui a assisté au congrès de 2000 se questionne en ce sens : « L'animateur en pastorale de la santé ne devrait-il pas être à la fine pointe de la recherche de rituels signifiants en sachant discerner face aux attentes nouvelles et créer dans la continuité symbolique? » (Revue n° 53, novembre 2000, p. 15). Mais, les intervenants laïques ne pouvant célébrer le sacrement des malades, auront plus de motivation à utiliser leur créativité pour créer de nouveaux rituels signifiants que pour remodeler le

sacrement des malades sur lequel ils n'ont aucune autorité. Les intervenants laïques en arriveront-ils à élaborer des célébrations rituelles « home-made »? Dans ce cas, y feront-ils entrer les composantes que nous avons vues avec Chauvet, soit langage symbolique et participation du corps dans la célébration pour les rendre pertinentes? Comment cela sera-t-il perçu par les aumôniers qui détiennent encore le pouvoir? On voit que nous ne faisons pas seulement face à la notion de créativité mais à la complexité de la situation des services de pastorale qui fonctionnent avec deux types d'intervenants – clercs et laïcs.

D'autre part, il faut se rappeler que, tel que nous l'avons vu au chapitre III sur la dimension spirituelle de l'expérience des patients en fin de vie, les intervenants trouveront de plus en plus que plusieurs d'entre eux n'ont pas été en contact avec la religion. Ne pratiquant pas de religion, ils ne connaissent pas les symboles chrétiens qui sont à la base du sacrement des malades. N'ayant pas de religion, ils n'ont pas de rites pour les reconforter. L'être humain a besoin de rites dans les moments angoissants de la vie (Chauvet, 1993; Héту, 1994; Jeffrey, 1998). L'être humain peut-il avoir accès à des rites s'il ne pratique pas de religion. Sûrement, puisque les sociétés traditionnelles ont toujours eu de nombreux rites sans avoir de religion mais plutôt une forme de spiritualité basée sur les relations de l'homme à la Nature. Mais, dans notre société occidentale, nous présumons que seule la religion peut nous guider sur les rapports à entretenir avec le sacré. Ce qui voudrait dire que sans religion, il n'y a pas de sacré. Mais Jeffrey (1998) questionne cette position :

*On retrouve aujourd'hui une multitude de lieux, d'espace et d'événements qui sont considérés comme sacrés par différentes communautés et différentes personnes. Ainsi, on s'aperçoit que ce n'est pas tant le lieu, le temps ou l'événement qui est sacré, mais que c'est une expérience du sacré qui peut être vécu en rapport avec un lieu, un temps ou un événement. Dans le paradigme de la religion personnelle, chacun redéfinit pour lui-même, selon les circonstances, ce qu'il considère comme étant sacré et profane à partir de l'idée qu'il se fait de ces notions et de ses propres expériences de vie [...] Chacun*

*a la possibilité de construire ses propres représentations symboliques et de pratiquer ses propres rituels. (Jeffrey, 1998, p. 91)*

La proposition de Jeffrey est intéressante mais les anthropologues ne disent-ils pas que les rites doivent s'appuyer sur un mythe fondateur, sur un mythe d'origine? Jeffrey (1994) semble penser le contraire. Selon lui, dans les nouvelles ritualités, les rituels ne sont plus élaborés à la suite des mythes mais ce sont plutôt les pratiques rituelles qui donnent naissance à de multiples nouveaux mythes. Toutefois, on peut se demander si ces mythes doivent surgir de l'inconscient collectif d'une société ou d'une communauté ou bien si ces mythes peuvent être personnels? Jeffrey semble dire qu'en revenant sur sa vie, en racontant son histoire personnelle faite d'épreuves, d'événements, de rencontres et de souffrances, « une personne naît, par sa narration, à sa propre vérité qui devient mythe. Ce mythe bien réel fonde la structure identitaire sur laquelle s'élabore son cheminement. » (p. 142). En s'appuyant sur ces mythes personnels, il semblerait qu'il soit possible d'élaborer des rituels non-religieux qui pourraient reconforter les patients qui ne pratiquent pas la religion catholique.

#### 5.4 Synthèse

Les témoignages recueillis dans les écrits des praticiens, qu'ils soient clercs ou laïcs, ont été analysés à la lumière des écrits de trois auteurs pivots spécialisés en psychologie et en théologie sacramentaire : Vasse, Chauvet et Lapointe. Tout d'abord, nous avons abordé la démarche des intervenants qui fait une distinction entre les besoins spirituels et les besoins religieux. Nous comprenons que cette démarche est structurante et rassurante pour les intervenants mais il nous apparaît qu'ils gagneraient beaucoup à se familiariser avec la trajectoire du besoin au désir de Vasse qui dépasse le besoin qui n'est de toute façon jamais définitivement comblé. Nous sommes conscients que cette démarche est plus insécurisante pour les intervenants car elle ne leur fournit pas de ligne directrice et c'est un peu comme « travailler sans filet » mais, par contre, elle comporte deux avantages. D'une part,

elle requiert une plus grande implication personnelle de la part de l'intervenant – implication qui est la base de la communication – et, d'autre part, elle permet au malade de dépasser le besoin pour tendre vers l'autonomie et déboucher sur un espace de liberté qui lui permet d'appivoiser la réalité du mourir.

Puis, nous avons tenté de voir ce que les prêtres, qui sont les ministres de ce sacrement, avaient à dire quant à la pertinence dans la célébration du sacrement des malades – notion que Louis Marie Chauvet préfère à la notion d'efficacité du sacrement. Cet auteur considère que, pour être pertinent, le sacrement des malades doit être adapté au monde d'aujourd'hui. Pour ce faire, il faut utiliser un langage symbolique en rapport avec l'histoire et la culture du malade et faire participer le corps dans la célébration. Certains prêtres qui ont écrit sur ces thèmes semblent souhaiter que le sacrement soit remodelé afin d'accroître sa pertinence mais semblent démunis quant aux moyens à prendre. Ils décrivent les nombreux obstacles auxquels ils doivent faire face et qui sont liés à leurs conditions de travail dans les hôpitaux – obstacles qui entravent une célébration pertinente du sacrement. Par contre, ils n'abordent pas les problèmes émergeant des relations clercs-laïcs et de la pénurie de prêtres – deux aspects qui ont un impact important sur le sacrement des malades.

Finalement, nous sommes allés voir si les aumôniers avaient réfléchi et écrit sur les moyens tangibles de rendre le sacrement plus pertinent. Nous avons abordé la notion de créativité dans la célébration du sacrement approfondie par Guy Lapointe, professeur et aumônier. L'élaboration de nouvelles formules qui intègrent le vécu du malade sont au cœur de cette notion de créativité : renouvellement des grands symboles anciens, expression verbale du malade, pas de surcharges de lectures, plus de silence, qualité des lieux, implication personnelle et inclusion de toutes les dimensions du réel.

Par contre, pour les patients en fin de vie qui ne pratiquent pas la religion catholique ou qui l'ont peu connue, Jeffrey (1994) préconise l'élaboration de nouveaux rites non religieux. Les intervenants laïques seront-ils les précurseurs de ces nouveaux rites? Les patients et les familles seront-ils ouverts à ces nouveaux rites, qu'ils soient religieux ou non-religieux? Considérant le déni de l'expérience du mourir dans laquelle vit notre société actuellement, l'élaboration commune de ces rites ne serait-t-elle pas un moyen de braver le déni de la mort?

### 5.5 Apprivoisement de la réalité

Notre hypothèse de départ était que le sacrement des malades, tout comme tout rituel autour de la maladie et l'agonie, aide le malade et sa famille à transcender le déni de la mort inhérent à notre société et, peut même aller jusqu'à aider à renouer avec ses racines culturelles – créant ainsi pour lui un ancrage dans la réalité.

Au cours de notre analyse, nous avons constaté que nos trois auteurs pivots proposaient une démarche en ce sens. Vasse insiste sur l'importance de passer de l'imaginaire, des fabulations personnelles au réel. Il faut alors, au moins temporairement, renoncer à la satisfaction des besoins qui crée des dépendances pour rejoindre un espace de liberté, une autonomie qui permet d'accepter la réalité de la mort.

Avec Chauvet nous avons vu que le sacrement est une action symbolique et que la fonction du symbole est de représenter de façon concrète une notion abstraite, de mettre le réel à distance pour pouvoir le rendre présent, lui permettant de s'intégrer dans un ensemble culturellement signifiant et cohérent. Le sacrement des malades est donc une action symbolique qui permet de vivre la réalité de l'expérience du mourir en tenant compte de toute sa complexité, non seulement pour le malade

mais pour la famille et également pour l'intervenant en pastorale de la santé qui l'accompagne. Le sacrement des malades est composé de gestes et de paroles qui réfèrent automatiquement au corps. L'onction de l'huile par la main du prêtre sur le corps du malade ainsi que la bénédiction, et la manipulation d'objets, au cours de la célébration, ramènent au concret. L'ensemble de ces éléments inscrits dans le corps du malade et de l'officiant rendent plus « visible l'invisible », et permettent une inscription dans la réalité.

Lapointe, qui aspire à des célébrations sacramentelles plus significantes, préconise la créativité liturgique qui implique la conception d'un espace de liberté permettant à chacun de s'exprimer selon ce qu'il est, en tenant compte de son vécu et également de sa dimension physique, corporelle (sens, gestes, mouvements, etc.)

D'ailleurs, Guimond, prêtre et aumônier, résume bien cet apprivoisement de la réalité quand il écrit que l'onction des malades est le sacrement de « la mort regardée en face » :

*Ce sacrement peut rendre l'incalculable service de nous faire éviter le piège de l'effacement du tragique de l'existence humaine ainsi que l'autre piège moderne de la soumission endormie à la mort volée. Paradoxe humain : en pleine conscience de la mort qui peut venir dire : que c'est beau la vie! (Giguère, 1993, p. 231).*

Quant à l'ambivalence dans laquelle se trouvent les malades québécois francophones dans nos hôpitaux face à leurs racines culturelles, on peut penser qu'elle peut également être atténuée grâce à une célébration pertinente du sacrement des malades. En effet, un malade qui, lors d'une maladie grave ou à l'approche de la mort, redécouvre le sacrement des malades peut ressentir un réconfort en retrouvant sa place, voire son identité, dans un terreau authentique et peut même renouer avec ses racines culturelles qu'il a parfois eu tendance à renier. La redécouverte de cet attachement affectif à la religion peut lui apporter un ancrage dans la réalité.

En regard de l'historique du sacrement des malades, présenté au chapitre II et de la réflexion proposée par les trois auteurs pivots retenus pour notre cadre conceptuel, deux pistes se dégagent pour relever les défis actuels de la pastorale de la santé dans les hôpitaux québécois : stimuler la créativité des intervenants pour l'élaboration de nouveaux rituels et prendre des risques avec le patient et ses proches pour favoriser le passage du besoin au désir (voir Figure 5)

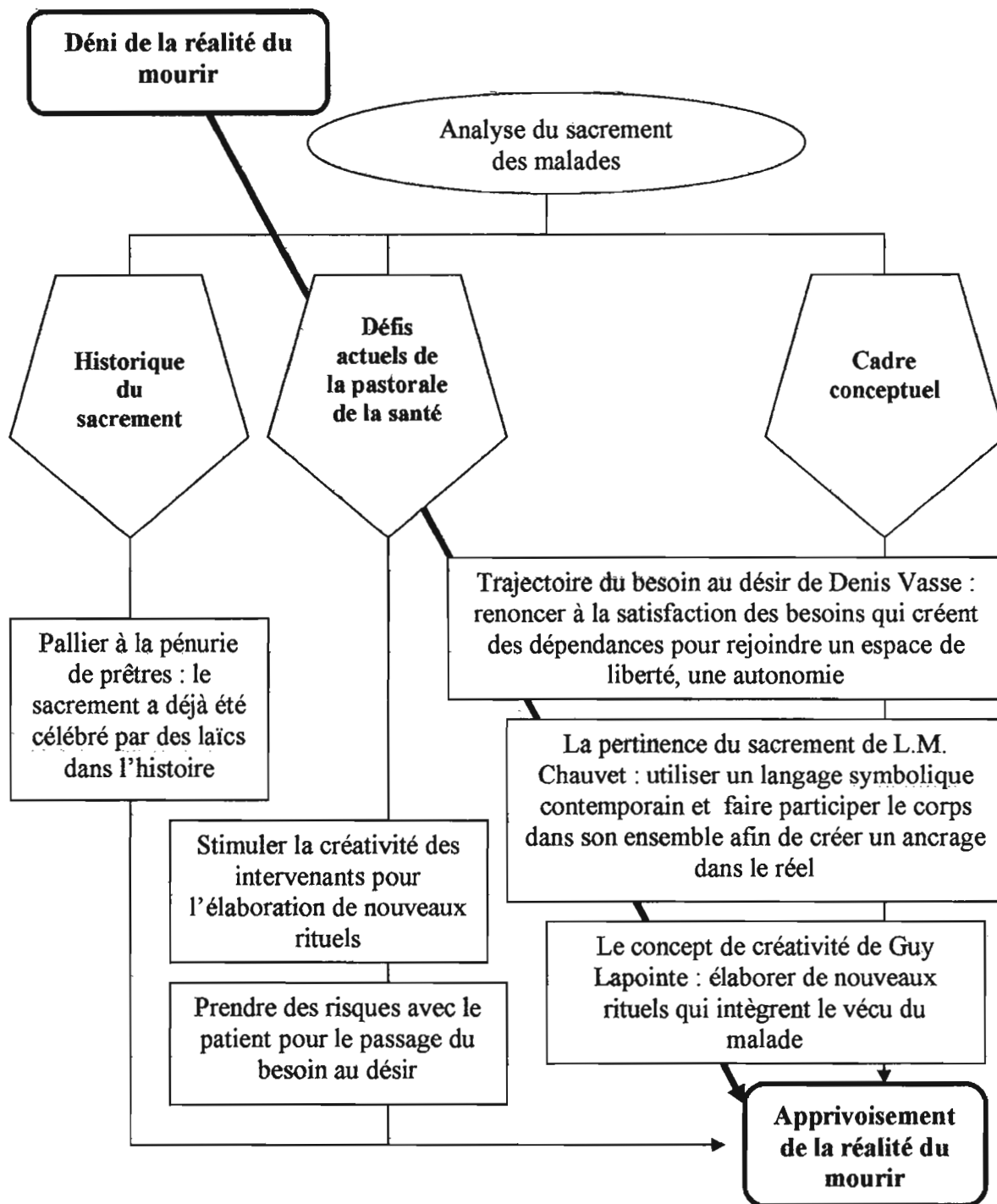


Figure 5

**Les défis actuels de la pastorale de la santé en regard de l'histoire du sacrement des malades et de notre cadre conceptuel**



## CHAPITRE VI

### CONCLUSION

Dans le cadre de notre problématique, nous avons fait ressortir trois éléments. Tout d'abord, elle révélait qu'à cause de l'ambiguïté face à la réalité de son appartenance à une religion, le malade en fin de vie, qui ne peut s'alimenter à sa culture chrétienne, ne sait où trouver réconfort et apaisement pour traverser cette épreuve. Puis, la négation de la réalité de la mort empêche le malade et sa famille d'en arriver à accepter ce qui leur arrive. Apprivoiser la réalité du mourir permettrait souvent d'alléger et d'abrégé la souffrance. Notre hypothèse était que le sacrement des malades pouvait favoriser cet apprivoisement de la réalité. Cependant, notre revue de la littérature ainsi que nos observations à la suite de nos rencontres avec les chefs de quelques départements de pastorale de la santé, indiquaient que ce sacrement était en déclin et force était de constater qu'il y avait urgence.

Au cours de cette étude, nous avons tenté de comprendre quelle est aujourd'hui la place du sacrement des malades, tel qu'il est institué par l'Église catholique, dans les hôpitaux francophones québécois.

Nous avons tout d'abord constaté qu'au cours des quinze dernières années, très peu d'articles et de monographies ont été publiés au Québec sur le sacrement des malades par des prêtres et des théologiens. Quand aux articles publiés par les intervenants en pastorale de la santé dans la revue de leur association, ils ne font pour ainsi dire pas référence au sacrement des malades. C'est à peine s'il est mentionné. Par contre, nous avons constaté que, dans cette revue, beaucoup d'emphase a été mise au cours des dernières années sur la professionnalisation de celui qui, au départ, était animateur de pastorale et qui aujourd'hui est devenu un intervenant en soins

spirituels. Il ne s'agit pas uniquement d'un changement de nom. L'animateur est devenu un intervenant qui veut être reconnu comme membre de l'équipe de soins. Il est désormais un professionnel; il a accès au dossier du patient pour y écrire des notes; il détermine les besoins spirituels et religieux du patient à l'aide d'une grille d'évaluation qui aboutit à un diagnostic pastoral avec des indices d'évaluation des résultats (Voir Annexe 3). C'est un employé à temps plein ou à temps partiel, rémunéré et désormais syndiqué. Qu'ils soient clercs ou laïcs, ces intervenants font sensiblement le même travail, à une exception près : seuls les intervenants qui sont prêtres peuvent célébrer le sacrement des malades. Il se trouve qu'aujourd'hui les intervenants, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, sont en majorité laïques puisque les prêtres vieillissent et ne sont pas remplacés étant donné la pénurie de prêtres.

Les intervenants accompagnent les malades en s'appuyant sur la distinction qu'ils font entre besoins spirituels et religieux. Selon notre analyse, il est difficile, voire impossible, de distinguer dans la pratique spiritualité et religion. Cette distinction peut donc aboutir à une compréhension simplifiée de la souffrance spirituelle et par conséquent, entraîner une intervention limitative des intervenants, ne leur permettant pas d'accéder à la complexité de cette expérience que vit le patient confronté à l'imminence de sa mort. Quant à la notion de besoin, sur laquelle les intervenants se basent, elle nous semble illusoire – le besoin n'étant jamais définitivement comblé. Avec Denis Vasse, nous avons vu qu'aller au-delà du besoin pour rejoindre le désir oblige à l'introspection et à l'expression de la parole afin de ne pas s'enfermer dans l'imaginaire. Le passage du besoin au désir apporte une autonomie qui débouche sur un espace de liberté permettant d'appivoiser la réalité du mourir. Nous pensons que les intervenants devraient mettre de côté leur grille d'évaluation et devraient prendre le risque de cheminer avec les malades, car se familiariser avec la réalité du mourir permettrait une meilleure acceptation de la séparation et aurait des répercussions psychologiques favorables.

Quant au sacrement des malades, ce « laissé pour compte » dont on retrouve si peu de traces dans les écrits des aumôniers, il nous apparaît important qu'il ne disparaisse pas car nous pensons qu'il a un rôle important à jouer dans l'appropriation de la réalité du mourir. Se préparer en toute conscience à recevoir le viatique, n'est-ce pas accepter que la mort existe et qu'elle est proche? Pour les familles, participer au rituel du sacrement des malades – célébration de l'adieu, n'est-ce pas accepter la réalité de la mort comme événement inévitable. Y faire participer les enfants, n'est-ce pas les sensibiliser à la réalité de la mort?

Mais pour que le sacrement des malades redevienne une ritualité vivante, il doit répondre aux besoins des malades et des familles qui vivent dans la société québécoise d'aujourd'hui – société qui se veut laïque et qui, tout comme beaucoup d'autres sociétés occidentales contemporaines, demeure dans le déni de la mort. Pour être pertinente, Louis-Marie Chauvet considère que la célébration de ce sacrement doit inclure un langage symbolique contemporain, qui correspond au vécu du malade, ainsi qu'une participation du corps (gestes, sens, etc.). Afin d'insérer ces deux aspects dans la célébration, Lapointe suggère que ceux qui le célèbrent mettent à profit leur créativité pour élaborer de nouvelles formules qui intègrent le vécu du malade. Après avoir comparé ces critères de pertinence et de créativité avec le peu d'écrits que nous avons trouvés émanant de ceux qui célèbrent ce sacrement, nous avons pu constater que ces écrits ne reflètent pas de telles préoccupations.

Lors du 37<sup>e</sup> congrès annuel de l'Association des intervenants en pastorale de la santé, qui avait pour thème *L'urgence du changement dans les soins spirituels*, les intervenants étaient conviés à un rattrapage, à découvrir de nouveaux défis dans la quête du spirituel et des besoins religieux. Ils étaient incités à passer d'une pastorale centrée sur les sacrements à une pastorale d'accompagnement, à « quitter le temple pour l'exil » (Bulletin n° 47, novembre 1998, p. 10) même si cela semble insécurisant et provoque une profonde remise en question de leur savoir-faire. Il semble, en effet,

que c'est dans cette voie que se dirigent les intervenants laïques puisque leurs écrits, qui sont publiés dans la revue de leur association, ne traitent pour ainsi dire que d'accompagnement spirituel et religieux, sans faire mention du sacrement des malades.

Au début de notre projet de recherche, nous pensions que le déclin dans la célébration du sacrement était en grande partie dû au fait qu'il y a de moins en moins de catholiques pratiquant leurs rites, et donc moins de demandes pour le sacrement des malades. Il est vrai, en partie, que dans les hôpitaux francophones québécois nous nous trouvons face une population de malades très peu pratiquante, comme le confirment les statistiques sur le déclin de la pratique religieuse au Québec. Ces malades, lorsqu'ils vivent une souffrance spirituelle, se mettent à la recherche d'une spiritualité qui ne s'appuie pas nécessairement sur le catholicisme. Faut-il en conclure que le sacrement des malades n'a plus sa place en milieu hospitalier québécois? Les sacrements reposent sur des symboles chrétiens qui leur donnent vie. Ils font référence à certains gestes du Christ et à l'Église et ils font donc partie intégrante de la symbolique chrétienne. Nous avons vu que les sacrements sont des expressions du langage mais particulièrement d'un langage surtout symbolique qui trouve sa source dans les Écritures. L'ordre symbolique dans lesquels ils s'insèrent est propre à l'Église qui les a créés. Tout s'appuie donc sur la foi en Jésus Christ et en l'Église. Par conséquent, on peut comprendre pourquoi la célébration du sacrement des malades est en baisse. Qui, aujourd'hui, demande ce sacrement? On ne peut que faire des suppositions : certainement les malades qui sont pratiquants, mais il n'y en a plus beaucoup. Par contre, nous pouvons présumer que les patients qui ont déjà pratiqué dans le passé et qui ont déjà été en contact avec les sacrements peuvent éventuellement faire un retour à la religion. Vivre dans l'imminence d'une mort prochaine peut parfois provoquer une expérience spirituelle profonde et intense qui éventuellement peut entraîner un retour à la foi imprégnée dans l'enfance. Dans ce cas, le patient pourrait vouloir s'immerger à nouveau dans cette symbolique

chrétienne qui lui est déjà familière, de par sa culture. Ce sacrement peut alors être un moyen de renouer avec ses racines puisque, comme nous l'avons vu dans notre problématique, la religion catholique est, au Québec, un référent culturel. En effet, un malade, qui s'était éloigné de la pratique religieuse au cours de sa vie peut s'en rapprocher alors qu'il traverse une épreuve dramatique. Ne sachant vers où se tourner pour obtenir soutien et réconfort, il sera plus enclin à retourner sur un terrain connu, dans une dimension qui lui rappellera son enfance, ses racines. Routhier, théologien à l'Université Laval (2003), affirme que tout cela n'est pas qu'une question religieuse

*[...] la dimension la plus fondamentale n'est pas d'abord à situer d'emblée sur le plan de la foi chrétienne. Ce qui domine tout le reste, c'est une question anthropologique. On ne peut pas vivre, comme individu, sans s'inscrire dans une lignée, une tradition et un groupe. On est de quelque part et le déracinement ainsi que la mobilité sociale ne font, paradoxalement, que stimuler ce désir de se rattacher à un lieu. (p. 1)*

Routhier (2003) note également que la « relation paradoxale » entre les Québécois francophones et l'Église catholique composée à la fois « d'amour-haine, d'affection et de déception », se concrétise autour des sacrements, lors des moments importants de la vie. En effet, elle se manifeste « lors de ces occasions qui demeurent les moments de rencontres les plus fréquents avec une Église que l'on a désertée et à laquelle on retourne pourtant, comme on retourne sur les lieux de nos origines, ces lieux où, comme être humain, on est né et on a grandi » (p. 1).

Dans tous ces cas, un accompagnement spirituel assidu de la part des intervenants en pastorale – accompagnement s'appuyant sur le désir et non sur les besoins – peut soutenir efficacement cette démarche et entraîner éventuellement une demande pour le sacrement des malades. Nous voyons donc que ce sacrement peut avoir sa place pour satisfaire certains malades. Maintenant qu'en est-il de ceux qui ont mis de côté la religion et qui optent plutôt, comme on a pu le voir, pour une forme de spiritualité en dehors de la religion catholique? Des rites plus proches de leurs

propres croyances, sans références aux Écritures ou aux symboles chrétiens, ne seraient-ils pas plus pertinents pour eux? Nous avons vu avec Jeffrey que les rites sont toujours nécessaires pour affronter les épisodes dramatiques de la vie, et qu'il est possible d'inventer de nouveaux rites non-religieux. Chauvet, qui est pourtant théologien, pense qu'en gardant une certaine ouverture, il sera peut-être possible d'innover dans l'expérience du sacré par l'élaboration de rites s'appuyant sur l'histoire de vie des personnes. Certains intervenants auprès des malades travaillent déjà à partir de la relecture de vie des patients (Hétu, 2000).

Quelles formes ces nouveaux rituels peuvent-ils prendre et l'intervenant en soins spirituels est-il celui qui devrait en prendre l'initiative? Ces questions débordent du thème de cette recherche mais elles mériteraient d'être approfondies dans l'avenir.

Au moment de conclure notre recherche, nous pensons que, même si le manque de prêtres crée certains problèmes de disponibilité lorsqu'un malade décède la nuit ou les fins de semaine, on peut dire que, dans l'ensemble, la demande de célébration du sacrement, étant assez faible, cela ne semble pas causer de problèmes majeurs pour l'instant. Mais que va-t-il se passer dans l'avenir? Les aumôniers qui pratiquent encore actuellement sont âgés et, les vocations sacerdotales étant peu nombreuses, qui sera présent pour célébrer le sacrement des malades dans l'avenir? Peut-on penser qu'il viendra un temps où les laïcs pourront prendre la relève et célébrer le sacrement des malades comme cela a été le cas pour la communion? Il ne semble pas que l'Église s'oriente dans cette direction si on prend en compte le récent discours du Pape Benoît XVI<sup>21</sup> :

---

<sup>21</sup> Discours du pape Benoît XVI aux évêques du Québec en visite *ad limina*, Communiqué de l'Assemblée des évêques catholiques du Québec, le 11 mai 2006.

*Cependant, la diminution du nombre des prêtres, qui rend parfois impossible la célébration de la messe dominicale en certains lieux, met en cause de manière préoccupante la place de la sacramentalité dans la vie de l'Église [...] L'importance du rôle des laïcs, dont je salue la générosité au service des communautés chrétiennes, ne doit jamais occulter le ministère absolument irremplaçable des prêtres pour la vie de l'Église. Ainsi, le ministère du prêtre ne peut être confié à d'autres personnes sans nuire de fait à l'authenticité de l'être même de l'Église. De plus, comment des jeunes pourraient-ils avoir envie de devenir prêtres si le rôle du ministère ordonné n'est pas clairement défini et reconnu?*

Mais certains aumôniers semblent ouverts à cette possibilité. Robert Dagenais, un prêtre qui a été aumônier à l'Hôpital Notre-Dame et président de l'Association de la pastorale de la santé, déclare :

*Que dire maintenant de la célébration de l'onction des malades par des intervenants pastoraux qui ne seraient pas des ministres ordonnés? Cette question est bien d'actualité en pratique pastorale hospitalière avec l'apport de plus en plus important en nombre et en qualité des animateurs et animatrices laïques. Surtout que l'accent en pastorale de la santé est mis de plus en plus sur l'accompagnement pastoral et le cheminement spirituel. Nous comprenons combien frustrante et incompréhensible peut apparaître pour certains laïcs l'attitude de l'Église institutionnelle qui restreint cette célébration aux seuls ministres ordonnés, notamment quand ces laïcs ont cheminé longtemps avec une personne malade avant d'en arriver à cette étape. L'argument relié à la rémission des péchés n'emporte pas le morceau, puisque les laïcs peuvent baptiser en situations d'urgence. Ne pourraient-ils pas être considérés comme ministres extraordinaires de ce sacrement dans les cas d'urgence? (Dagenais, 2000, p. 58)*

En présentant l'historique du sacrement des malades, nous avons vu que l'Église en a modifié la forme au cours des siècles. On peut se demander si ces modifications ont été effectuées pour s'adapter aux réalités de l'époque ou bien pour adapter le sacrement aux besoins de l'Église en tant qu'institution. Quand on passe d'un sacrement qui vise la restauration de la santé et l'éloignement des démons, dans l'Église primitive, à une fonction de pardon des péchés à l'époque carolingienne, se

pourrait-il que ce soit dans le but de renforcer cette notion de péché qui deviendra tellement importante que l'Église en arrivera même, plus tard, à vendre des indulgences afin que les catholiques puissent accéder au Paradis? Quand, au Moyen Âge, l'Église décide que seuls les prêtres pourront célébrer le sacrement des malades, privant ainsi le peuple de cette responsabilité, n'est-ce pas pour renforcer le pouvoir des prêtres? Peut-être que ce n'est pas pour s'adapter à l'époque que l'Église a modifié le sacrement. En effet, jusqu'aux années 1950, l'Église était omniprésente et toute puissante en Occident et ce n'était donc pas nécessaire d'introduire des changements pour améliorer son image. Si aujourd'hui l'Église a de la difficulté à s'adapter à la culture contemporaine, c'est peut-être parce que c'est la première fois qu'elle doit le faire, au risque de disparaître. Dans l'Église il existe beaucoup de personnes, clercs comme laïcs, hommes et femmes, qui souhaitent des changements dans l'institution ecclésiale, mais l'Église a-t-elle réellement le désir de s'adapter à la culture contemporaine au risque de perdre ses acquis? On pourrait encore aller plus loin et se questionner sur la nécessité pour elle de s'adapter à la culture contemporaine. En tant qu'institution, elle a une philosophie, une liturgie, des sacrements. Ne pourrait-elle pas se contenter d'attirer à elle seulement ceux qui répondent à ce style de conversion, ceux qui croient aux sacrements tels qu'ils sont célébrés actuellement, ceux qui acceptent l'Église telle qu'elle est dirigée aujourd'hui. Si elle ne change pas, l'Église ne rejoindra qu'un pourcentage de plus en plus réduit de fidèles, mais est-ce la quantité qui compte? L'Église doit-elle changer pour accommoder et satisfaire les demandes des fidèles?

Au moment de conclure, nous pouvons dire que ce sacrement disparaîtra peut-être de nos hôpitaux non pas par manque de demandes mais plutôt parce qu'il n'y aura plus de prêtres pour le célébrer. L'autorité ecclésiale s'imposera-t-elle jusqu'à la disparition de ce sacrement plutôt que de donner la possibilité aux laïcs de le célébrer? Ou bien continuera-t-elle à faire venir des prêtres de l'étranger pour célébrer



ce sacrement, comme on le voit déjà dans les services de pastorale d'un certain nombre d'hôpitaux montréalais. Ce thème de la venue de prêtres étrangers pour prendre la relève du clergé québécois vieillissant semble provoquer des discussions. En effet, le réseau religieux progressiste Culture et foi, composé d'individus et de groupes qui désirent « contribuer à la mise à jour du discours théologique et du langage liturgique de l'Église catholique », faisait part, sur son site Internet, des résultats d'un mini-colloque tenu à Trois-Rivières en janvier 2008<sup>22</sup> :

*Nous devons être clairs : nous ne nous opposons pas à la venue de prêtres d'autres cultures mais le but ne doit pas être d'en faire la solution à la diminution des prêtres au Québec. Nous n'encourageons pas la venue de prêtres étrangers, s'ils sont au Québec comme des suppléants permanents [...] parce que c'est une solution de facilité à la pénurie des prêtres de chez-nous. Quoi de plus aisé, en effet, que de remplir le poste laissé vacant par le départ de prêtres québécois grâce au « repêchage » de prêtres d'ailleurs? [...] Nous pensons qu'il y a d'autres choix que celui de l'immigration de prêtres pour répondre au problème urgent du déficit sacerdotal. Le premier choix, comme tant de fidèles le pensent, c'est l'ordination d'hommes mariés. Il n'y a aucun fondement théologique au refus de Rome d'interdire l'ordination presbytérale aux hommes mariés. Comme chacun sait l'Église orthodoxe et l'Église catholique orientale ont leurs prêtres mariés. Le deuxième choix, en lien avec le premier, c'est la « réactivation » des prêtres laïcisés qui se sont mariés en Église et qui souhaitent reprendre leur ministère ordonné. Pourvu, bien sûr, qu'ils se soient toujours impliqués dans l'Église. Il y a un troisième choix, très important, celui de l'accès des femmes à la prêtrise. Surtout pas à cause de la pénurie de prêtres mais dans la perspective de l'égalité de l'homme et de la femme.*

Quel impact les catholiques peuvent-ils avoir sur toutes ces décisions? Quelle route les intervenants en pastorale de la santé choisiront-ils dans l'avenir en ce qui concerne le sacrement des malades? Guidés par leur créativité et fortifiés par leur capacité d'adaptation, s'engageront-ils à élaborer de nouvelles formes de rituels et à prendre des risques avec le patient et ses proches pour favoriser le passage du besoin

---

<sup>22</sup> Réseau Culture et Foi : <http://www.culture-et-foi.com/index.html>.

au désir? S'ils s'engagent dans cette voie, comme le recommandent les résultats de notre étude, les services de la pastorale des hôpitaux québécois pourraient jouer un rôle majeur pour que le sacrement des malades non seulement survive, mais pour que l'ensemble de la communauté chrétienne en redécouvre toute la valeur.

## ANNEXE 1

### CORPUS ANALYSÉ

#### Écrits des intervenants en pastorale de la santé

*Ton ami* : bulletin de l'Association des animateurs et animatrices de la pastorale de la santé du Québec, novembre 1994 à février 2001.

*Revue de l'Association québécoise de la Pastorale de la santé*, février 2003 à novembre 2004.

*Revue de l'Association des intervenantes et intervenants en soins spirituels du Québec*, novembre 2005 à février 2007.

*Programme d'accompagnement spirituel et religieux pour les personnes hospitalisées en chirurgie et en médecine, ainsi que pour leurs proches*. 2006. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. 36 pages

Audy, Daniel. 1999. « L'accompagnement pastoral en milieu hospitalier ». Maîtrise Ès Arts (théologie). Université de Sherbrooke.

#### Écrits des aumôniers et théoriciens

Blais, Roland. 1989. « La pastorale en milieu hospitalier : l'aumônier dans l'équipe multidisciplinaire ». *Église canadienne*, vol. 22, n° 12, p. 367-372.

Dagenais, Robert. 1991. « Pourquoi des stratégies pastorales dans le monde de la santé? » dans *Cahiers d'études pastorales*, vol. 9, p. 69-77

Dagenais, Robert. 2000. « Défis de la pastorale de la santé au Québec ». *Sciences pastorales*, n° 19, p. 51-59.

Giguère, Robert (dir. publ.). 1993. *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale – 30 années d'évolution*. Boucherville : Gaëtan Morin, éditeur.

Lapointe<sup>23</sup>, Guy. 1991. *La pastorale en milieu de santé : une question de crédibilité*. Québec : Éditions Fides.

Lapointe, Guy. 2000. *L'action pastorale à l'heure du virage ambulatoire*. Montréal : Fides.

---

<sup>23</sup> Cet auteur est un de nos trois théoriciens pivots mais ces deux textes sont inclus dans notre corpus analysé parce que l'auteur y aborde la pastorale en milieu de santé en s'appuyant, en partie, sur son expérience d'aumônier.

Paquin, Yvon. 1991. « La crédibilité de l'aumônier ». *Cahiers d'études pastorales*, no. 9, p. 107-113

Pelchat, Marc. 1991. « La mission de la pastorale en milieu de santé : originalité, spécificité, contexte ». *Cahiers d'études pastorales*, n° 9, p. 57-67

Tremblay, Paul. 1993. « La pratique de l'Onction des malades » dans *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale*, sous la dir. de Robert Giguère, p.219-226. Montréal : Gaëtan Morin, éditeur.

## ANNEXE 2

### Nombre de célébrations du sacrement des malades en 2006 dans quelques hôpitaux de Montréal

Hôpital	Nombre de lits	Nombre de célébrations du sacrement des malades en 2006
Jean-Talon	250	468 soit 39 par mois
Sacré-Cœur	554	1082 soit 90 par mois
Maisonneuve-Rosemont	725	800 soit 67 par mois
Notre-Dame	494	628 soit 52 par mois
Hôtel-Dieu	269	219 soit 18 par mois
St. Luc	408	238 soit 20 par mois

## **ANNEXE 3**

**Un modèle d'une grille d'évaluation des interventions visant à répondre  
aux besoins spirituels et religieux des personnes hospitalisées**

### 3. BESOINS SPIRITUELS ET RELIGIEUX<sup>1</sup>

#### a. UN ACCOMPAGNEMENT PORTEUR D'UNE CERTAINE VISION DU SPIRITUEL

Longtemps la dimension spirituelle a été assimilée au religieux. Encore aujourd'hui, dans bien des esprits, spirituel et religieux représentent une même réalité. Le spirituel se retrouve ainsi suspecté au même titre que le religieux, alors que ce dernier est de plus en plus évacué du sein de notre société et des institutions hospitalières qui en sont le reflet. Pourtant, le spirituel est une dimension fondamentale présente en tout être humain, et ce, indépendamment d'une appartenance ou d'un ensemble de pratiques et de croyances religieuses. Gérard de Villers<sup>2</sup> définit le spirituel de la manière suivante : « Le « spirituel » me semble être l'harmonie profonde entre la dimension « relationnelle » et la dimension « intérieure » de chaque personne. C'est ce qui peut unifier la personne, l'animer en ce moment précis de sa vie ». Ainsi, selon cet auteur, la spiritualité concerne une force de cohésion et d'unification de la personne qui permet la construction du sens de la vie et reflète souvent l'ouverture à une transcendance.

#### b. DISTINCTION ENTRE ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL ET ACCOMPAGNEMENT PASTORAL

Il est important d'établir une différence entre accompagnement spirituel et accompagnement pastoral. L'accompagnement spirituel rejoint la dimension spirituelle de la personne composée de différents axes de structuration du sujet permettant à la personne malade ou en fin de vie de « défendre et de reconquérir l'unité de son être » selon ce qu'il identifie, en s'appuyant sur Bernard Matray, comme quatre lignes de force : « 1) elle tente d'être et de rester sujet; 2) elle élabore une parole sur le sens de sa vie; 3) elle construit ou consolide autour d'elle un réseau de solidarité; 4) elle s'affronte à la question de l'après-mort et d'un au-delà peut être accessible pour elle<sup>3</sup> ». L'enquête effectuée auprès des usagers en courte durée, ainsi que notre expérience professionnelle sur le terrain, nous montre que ces quatre dimensions sont bien présentes. En chirurgie, la personne malade « tente d'être et de rester sujet » et « construit ou consolide autour d'elle un réseau de solidarité ». En médecine, particulièrement pour les situations de fin de vie, on ajoute l'élaboration d'une parole sur le sens de sa vie » et si « la question de l'après-mort et d'un au-delà peut être accessible pour elle ».

---

<sup>1</sup> Pereira, José. *L'accompagnement spirituel et religieux en fin de vie*. Mémoire de maîtrise en théologie. Université Laval, juillet 2004, pp. 55-59, Médiaspaul, 2007.

<sup>2</sup> deVillers Gérard, « Souffrances spirituelles et accompagnement », Espace éthique, La lettre 15-16-17, Hiver 2001-2002 [en ligne] [http://www.espace-ethique.org/fr/result\\_biblio.php?MM\\_search=dossier&k\\_sg4\\_fk=10-21-&search=Chercher+ce+dossier](http://www.espace-ethique.org/fr/result_biblio.php?MM_search=dossier&k_sg4_fk=10-21-&search=Chercher+ce+dossier) (Page consultée le 25 mars 2004). Voir aussi Jean-Luc Héty, *L'humain en devenir. Une approche profane de la spiritualité*, Montréal, Fides, 2001.

<sup>3</sup> Levain Claude, « Besoins spirituels : rencontres et expériences. Présentation », in *Rencontres à l'hôpital. L'aumônerie en question*, Hubert Auque et Claude Levain, éd., Genève, Labor et Fides, 2001, p. 58.

L'accompagnement pastoral, en revanche, fait appel spécifiquement aux ressources et aux références « propres à chacune des traditions dans lesquelles les personnes se situent ou ce qui fait « sens » pour la personne dans sa propre tradition<sup>4</sup> ». Il souligne alors la différence qui existe entre ces deux types d'accompagnement : « dans l'accompagnement pastoral (accompagner quelqu'un appartenant à sa propre tradition), par opposition à un accompagnement spirituel (accompagner toute personne sans nécessairement faire référence à une tradition particulière) se pose évidemment la question de l'utilisation des ressources de cette tradition partagée, malgré tous les écarts et les incompréhensions possibles<sup>5</sup> ».

L'accompagnement spirituel est en lui-même suffisant pour rejoindre les personnes malades dans l'expression de leurs besoins fondamentaux et dans ce qu'elles vivent et ressentent comme transformation de leur être en profondeur. En ce sens, il s'« autonomise » de l'accompagnement proprement pastoral. À mesure que le tissu religieux chrétien et les appartenances qui en découlent, qui autrefois imprégnaient tant le milieu de la santé que les individus qui le fréquentaient, se désagrègent lentement, ce type d'accompagnement sera appelé à devenir prépondérant. Toutefois, selon l'enquête et notre expérience, on peut constater que les références religieuses sont encore très largement présentes pour la clientèle âgée qui représente la majorité du nombre d'admissions en chirurgie et en médecine.

Il faut donc se rappeler qu'il est très à propos d'inscrire l'accompagnement spirituel dans un cadre de référence faisant appel à une tradition, afin de bien répondre aux besoins exprimés par la clientèle en courte durée. L'accompagnement pastoral apportera ainsi une dimension proprement « religieuse » à l'accompagnement spirituel qui en représente la base. Cet accompagnement s'enracine et se nourrit des symboles et des rites d'une tradition religieuse particulière, en l'occurrence, la foi chrétienne. La Parole biblique sera le fil conducteur qui soutiendra l'échange de nos paroles et nos gestes dans nos interventions.

---

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid., p. 59.



## 7. OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU PROGRAMME

<p><b>OBJECTIF GÉNÉRAL # 1</b>  <i>Permettre à l'utilisateur d'être accueilli dans ce qu'il est, vit et croit.</i></p>
--

L'ACCOMPAGNEMENT PERMETTRA À L'USAGER DE ↗

<p><b>OBJECTIFS SPÉCIFIQUES</b>  <i>vivre une relation de confiance et d'authenticité propice à l'accompagnement spirituel et religieux</i></p>	
<b>Moyens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visite d'accueil (ou première rencontre ou première entrevue)</li> <li>▪ Faire connaissance, établir un premier contact, démontrer de l'intérêt, mettre la personne en confiance</li> <li>▪ Se mettre à l'écoute de l'utilisateur et repérer des éléments significatifs du vécu de la personne pour entamer éventuellement une démarche d'accompagnement</li> <li>▪ Présenter et offrir les services d'accompagnement et assurer une disponibilité pour un suivi éventuel selon les souhaits de l'utilisateur</li> </ul>
<b>Ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ animateur de pastorale</li> <li>▪ Dépliant du service de pastorale</li> </ul>
<b>Indices d'évaluation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La personne parle de son vécu, se confie spontanément</li> <li>▪ Requête de suivi de la part de l'utilisateur</li> <li>▪ Échos positifs du personnel ou de la famille</li> <li>▪ Unité de mesure</li> </ul>

<b>OBJECTIFS SPÉCIFIQUES</b> <i>d'exprimer ses émotions, ses désirs, ses valeurs et ses croyances</i>	
<b>Moyens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Veiller à ce que le contexte de la rencontre soit le plus favorable possible à l'ouverture et au dialogue, s'assurer que la personne soit disponible et qu'elle soit à l'aise</li> <li>▪ Démontrer de l'intérêt à l'égard de ce que la personne exprime, en l'écoutant avec attention et en manifestant une qualité de présence</li> <li>▪ Utiliser avec discernement les techniques de relation d'aide, spécialement le silence et le reflet</li> <li>▪ S'informer de l'état de santé de l'usager auprès du personnel ou dans le dossier médical pour adapter une démarche d'accompagnement spirituel ou pastoral appropriée.</li> </ul>
<b>Ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ animateur de pastorale</li> <li>▪ Si nécessaire, accès à un local favorisant l'intimité et la confidentialité</li> </ul>
<b>Indices d'évaluation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'usager se risque un peu plus loin dans l'élaboration de son vécu</li> <li>▪ Signes d'appréciation de la part de l'usager</li> <li>▪ L'animateur saisit l'essentiel du vécu intérieur de l'usager et il reconnaît son enjeu existentiel (capable de le nommer)</li> <li>▪ Unité de mesure</li> </ul>

<b>OBJECTIFS SPÉCIFIQUES</b> <i>d'être accompagné dans sa croissance spirituelle et dans sa quête de sens</i>	
<b>Moyens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'aider à identifier ce qui la raccroche à la vie, sa ou ses raisons de vivre, ce qui donne sens à sa vie</li> <li>▪ Reconnaître avec la personne les indices exprimant un désir de vivre, de reconnaître la situation qu'elle vit, d'explorer le sens des limites</li> <li>▪ Aider la personne à identifier ce qu'elle peut mobiliser dans ses ressources spirituelles ou religieuses actuelles ou passées</li> <li>▪ Explorer, avec la personne, les ouvertures de sens possibles dans l'expérience de la souffrance et dans l'approche de la mort</li> </ul>
<b>Ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ animateur de pastorale</li> <li>▪ Textes bibliques, réflexions sur différentes thématiques, prières, etc.</li> <li>▪ Un cahier « journal de bord » offert à ceux qui s'expriment plus facilement par l'écriture</li> <li>▪ Lieu propice pour l'accompagnement</li> </ul>
<b>Indices d'évaluation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La personne manifeste une attitude d'ouverture et se reconnaît dans un cheminement de croissance</li> <li>▪ La personne est capable d'identifier plus clairement sa souffrance</li> <li>▪ La personne nomme et mobilise ses propres ressources spirituelles dans sa réflexion sur son expérience</li> <li>▪ Unité de mesure</li> </ul>

## OBJECTIF GÉNÉRAL # 2

*Permettre à l'utilisateur de célébrer sa foi dans des rites adaptés à ses besoins.*

L'ACCOMPAGNEMENT PERMETTRA À L'USAGER DE ↗

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

*bénéficiaire d'un accompagnement lui permettant de se relier à Dieu de manière personnelle*

<b>Moyens</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Explorer avec la personne ses représentations de Dieu et la manière dont celles-ci influencent sa vision de la maladie, de la souffrance et de la mort</li><li>▪ Aider la personne à reconnaître la présence et la non étrangeté de Dieu dans les épreuves qu'elle vit</li><li>▪ Aider la personne à consolider sa relation avec Dieu dans une perspective de confiance et de croissance</li></ul>
<b>Ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ animateur de pastorale</li><li>▪ Textes bibliques, prières, réflexions spirituelles et religieuses</li><li>▪ Musiques d'ambiance favorisant la méditation et l'intériorisation</li><li>▪ Lieu propice pour l'accompagnement ou la prière</li></ul>
<b>Indices d'évaluation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ La personne échange sur les textes qui sont abordés</li><li>▪ La personne parle de sa relation à Dieu</li><li>▪ La personne chemine dans l'interprétation de la réalité qu'elle vit en lien avec ses croyances, ses représentations de Dieu, ses expériences passées (notamment en ce qui concerne les peurs et la culpabilité), etc.</li><li>▪ Unité de mesure</li></ul>

<b>OBJECTIFS SPÉCIFIQUES</b>	
<i>participer à des célébrations et à des activités liturgiques dans lesquelles la personne peut exprimer et vivre sa foi</i>	
<b>Moyens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Célébrations de sacrements, de rites, de prières</li> <li>▪ Célébrations hebdomadaires de l'eucharistie ou de la Parole</li> <li>▪ Distribution de la communion eucharistique dans les chambres</li> <li>▪ Organisation d'activités spéciales en lien avec le calendrier des fêtes liturgiques ou thématiques spéciales (Journée mondiale des personnes malades, etc.)</li> </ul>
<b>Ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ animateur de pastorale, bénévoles en pastorale</li> <li>▪ Livres de prières</li> <li>▪ Si nécessaire, accès à un local favorisant l'intimité</li> <li>▪ Chapelle</li> </ul>
<b>Indices d'évaluation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demandes de participation des usagers aux sacrements, à la prière, etc.</li> <li>▪ Signes d'appréciation de la part de l'utilisateur</li> <li>▪ Unité de mesure (participations aux sacrements, rites, etc.)</li> </ul>

### OBJECTIF GÉNÉRAL # 3

*Permettre à la famille d'être soutenue dans son cheminement auprès de son proche malade*

L'ACCOMPAGNEMENT PERMETTRA À LA FAMILLE DE ↻

#### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

*recevoir un accompagnement permettant un lien et une cohésion entre l'utilisateur, la famille et le personnel soignant*

<b>Moyens</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Faire connaissance, établir un premier contact auprès de la famille</li><li>▪ Se mettre à l'écoute de la famille, de ses craintes et de ses questionnements</li><li>▪ Repérer les dynamiques familiales et favoriser le dialogue entre usagers, famille et personnel soignant</li><li>▪ Offrir un accompagnement personnalisé auprès de la famille et des membres du personnel</li></ul>
<b>Ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ animateur de pastorale</li><li>▪ Informations pertinentes recueillies auprès de l'utilisateur, de la famille et du personnel</li><li>▪ Dépliant du service de pastorale</li><li>▪ Lieux adaptés aux rencontres familiales</li></ul>
<b>Indices d'évaluation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Requête de suivi de la part de l'utilisateur ou de la famille</li><li>▪ Échos et commentaires du personnel ou de la famille</li><li>▪ Dénouement et résolution de situations tendues ou conflictuelles entre usagers, famille ou personnel.</li><li>▪ Unité de mesure</li></ul>

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

*recevoir un soutien spirituel, en concertation avec l'usager, dans les prises de décisions ayant une portée éthique*

<b>Moyens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Offrir un soutien aux familles dans les processus de délibération éthique en vue d'une prise de décision</li> <li>▪ Accompagner des familles aux prises avec le stress et la détresse émotionnelle entourant les soins, les épreuves et les décisions</li> <li>▪ Faciliter la mise en place d'un consensus entre les différents acteurs des soins</li> <li>▪ Favoriser l'expression et la reconnaissance de la dimension spirituelle dans les soins et dans les décisions</li> <li>▪ Sensibiliser les acteurs du soin à l'importance du temps à se donner pour une prise de décision respectueuse des personnes et de leur cheminement</li> </ul>
<b>Ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ animateur de pastorale</li> <li>▪ Si nécessaire, accès à un local favorisant l'intimité et le dialogue</li> <li>▪ Dépliants traitant de la dimension éthique dans différentes problématiques des soins</li> <li>▪ Dépliants et documents abordant la dimension spirituelle ou religieuse concernant la situation des soins</li> </ul>
<b>Indices d'évaluation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analyse des résultats des interventions menées auprès de la famille quant à la facilitation de consensus et de décision</li> <li>▪ Évaluation et commentaires de la part du personnel et de la famille concernant l'accompagnement spirituel prodigué</li> <li>▪ Unités de mesures</li> </ul>

## OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

*être soutenue et accompagnée, à leur demande, lors de l'hospitalisation ou suite à un décès de son proche*

<b>Moyens</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Soutien des familles dans l'épreuve de la maladie ou du deuil d'un proche en favorisant l'expression des émotions par les symboles, le récit</li><li>▪ Célébrations ou rites avec les familles lors des décès</li><li>▪ Intégration des familles dans les rites religieux (prières, sacrements, rituels) auprès de leurs proches</li></ul>
<b>Ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ animateur de pastorale</li><li>▪ Livrets de prières, rites de bénédictions, objets liturgiques et sacramentaux (eau bénite, chandelles, icônes, crucifix), etc.</li><li>▪ Écriture et échange de lettres entre la personne hospitalisée et ses proches</li><li>▪ Recours à la musique pour favoriser le recueillement et l'apaisement</li></ul>
<b>Indices d'évaluation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les différents modes de participation de la famille aux interventions pastorales</li><li>▪ Les commentaires et les échos provenant de la famille ou du personnel</li><li>▪ Les appels téléphoniques et les mots de remerciement de la part de la famille suite aux interventions</li></ul>

## BIBLIOGRAPHIE

### Monographies

- Adnès, Pierre. 1994. *L'onction des malades – histoire et théologie*. Bar le duc (France) : Éditions Fac.
- Alberton, Mario. 1978. *Un sacrement pour les malades dans le contexte actuel de la santé*. Paris : Éditions du Centurion.
- Alexandre-Bidon, Danièle et Treffort, Cécile. 1993. *À réveiller les morts – la mort au quotidien dans l'occident médiéval*. Presses universitaires de Lyon.
- Alexandre-Bidon, Danièle. 1998. *La mort au Moyen Age*. Paris : Hachette.
- Antoniotti, Louise-Marie Soeur. 2003. *Les sacrements de l'Église: signes de Dieu Amour*. Paris: Pierre Téqui, Éditeur.
- Ariès, Philippe. 1971. *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIIIe siècle*. Paris : Éditions du Seuil.
- \_\_\_\_\_. 1977. *L'homme devant la mort*. Paris : Éditions du Seuil.
- Auque, Hubert et Levain, Claude. 2001. *Rencontres à l'hôpital – l'aumônerie en questions*. Genève : Labor et Fides.
- Bayard, Florence. 1999. *L'art du bien mourir au XVe siècle*. Paris : Presses de l'Université de Paris-Sorbonne.
- Bacqué, Marie-Frédérique. 1997. *Mourir aujourd'hui – les nouveaux rites funéraires*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Béguerie, Philippe et Duchesneau, Claude. 1989. *Pour vivre les sacrements*. Paris: Les Éditions du Cerf.
- Bérard, Arnaud. 1996. *L'onction des malades – sacrement de guérison ou de préparation à la mort?* Saint-Cénéry : Éditions Pierre Téqui.
- Bergeron, Richard, Alain Bouchard et Pierre Pelletier. 1992. *Le Nouvel Âge en question*. Montréal : Éditions Paulines & Médiaspaul.



- Bianchi, Enzo. 2003. *L'accompagnement des malades*. Genève: Éditions Parole & Silence.
- Borras, Alphonse (dir. publ.). 1998. *Des laïcs en responsabilité pastorale?* Paris : Éditions du Cerf.
- Bourassa, François. 1970. *L'onction des malades*. Rome : Presses de l'Université Grégorienne.
- Bowman, George W. 1997. *Dying, grieving, faith and family – a pastoral care approach*. New York: The Haworth Pastoral Press.
- Brisson, Réal. 1988. *La mort au Québec*. Québec : Publications du Célât.
- Campbell, Michel et Lapointe, Guy. 1985. *Relations clercs-laïcs – analyse d'une crise*. Montréal : Fides.
- Cantin, Michel. 2000. *Revenir à l'essentiel*. Sillery : Éditions Anne Sigier.
- Castra, Michel. 2003. *Bien mourir – sociologie des soins palliatifs*. Paris : Presses universitaires de France.
- Chauvet, Louis-Marie. 1979. *Du symbolique au symbole – essai sur les sacrements*. Paris : Les Éditions du Cerf.
- \_\_\_\_\_. 1987. *Symbole et sacrement – une relecture sacramentelle de l'existence chrétienne*. Paris : Les Éditions du Cerf.
- \_\_\_\_\_. 1993. *Les sacrements – parole de Dieu au risque du corps*. Paris : Les éditions Ouvrières.
- \_\_\_\_\_. 1995. *Le corps et la sensibilité dans la liturgie*. Paris : Beauchesne.
- Chavasse, André. 1961. *L'Église en prière – Introduction à la liturgie*. Tournai, Belgique : Desclée et Co.
- Coppens, Joseph. 1925. *L'imposition des mains et les rites connexes dans le Nouveau Testament et dans l'Église ancienne*. Wetteren (Belgique) : Presses de l'imprimerie Jules de Meester et fils.
- De Hennezel, Marie et Leloup, Jean-Yves. 1997. *L'art de mourir - tradition religieuse et spiritualité humaniste face à la mort aujourd'hui*. Paris: Robert Laffont.

- Delort, Robert. 1982. *La vie au Moyen Age*. Paris : Éditions du Seuil.
- Delumeau, Jean. 1979. *Histoire vécue du peuple chrétien*. Toulouse : Éditions Privat.
- \_\_\_\_\_. 1983. *Le péché et la peur – la culpabilisation en Occident (XIIIe-XVIIIe siècle)*. Paris : Fayard.
- Denis, Henri. 1971. *Les sacrements ont-ils un avenir?* Paris : Éditions du Cerf.
- Dianteill, Erwan, Danièle Hervieu-Léger et Isabelle Saint-Martin. 2004. *La modernité rituelle*. Paris: L'Harmattan.
- Didier, J.C. 1960. *Le chrétien devant la maladie et la mort*. Paris : Fayard.
- Dues, Greg. 2004. *Guide des coutumes et traditions catholiques*. Paris: Bayard.
- Echard, Bénédicte. 2006. *Souffrance spirituelle du patient en fin de vie – la question du sens*. Ramonville-Saint-Agne : Éditions Érès.
- Élias, Norbert. 1998. *La solitude des mourants*. Paris : Christian Bourgois Éditeur.
- Fernet, René. 2001. *Le symbole; un messenger*. Montréal : Médiaspaul.
- Fellous, Michèle. 2001. *A la recherche de nouveaux rites*. Paris : L'Harmattan.
- Fortin, André. 2003. *D'un désert à l'autre*. Montréal : Éditions Bellarmin.
- Fourez, Gérard. 1982. *Les sacrements réveillent la vie*. Paris : Centurion.
- Freud, Sigmund. 1920. « Au-delà du principe de plaisir » dans *Essais de psychanalyse*. Réimpression 1968. Paris : Payot.
- Gagnon, Serge. 1987. *Mourir hier et aujourd'hui. De la mort chrétienne dans la campagne québécoise au XIXe siècle à la mort technisée dans la cité sans Dieu*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- \_\_\_\_\_. 1999. *Religion, moralité, modernité*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Giguère, Robert (dir. publ.). 1993. *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale – 30 années d'évolution*. Boucherville : Gaëtan Morin, éditeur.

- Ginsberg, Mitchell. 1972. *Mind and belief : psychological ascription and the concept of belief*. New York: Humanities Press.
- Gisel, Pierre. 2004. *Sacrements et ritualité en christianisme*. Genève : Labor et Fides.
- Grand'Maison, Jacques. 1974. *Symboliques d'hier et d'aujourd'hui – un essai socio-théologique sur le symbolisme dans l'Église et la société contemporaines*. Montréal, Éd. Hurtubise HMH Ltée.
- Gruau, Maurice. 1999. *L'homme rituel - anthropologie du rituel catholique français*. Paris: Éditions Métailié.
- Hameline, Jean-Yves. 1997. *Une poétique du rituel*. Paris : Les Éditions du Cerf.
- Héту, Jean-Luc. 1980. *Croissance humaine et instinct spirituel*. Montréal : Leméac.
- \_\_\_\_\_. 1983. *Psychologie de l'expérience intérieure*. Québec : Les Éditions du Méridien.
- \_\_\_\_\_. 1994. *Psychologie du mourir et du deuil*. Montréal : Méridien.
- \_\_\_\_\_. 2000. *Bilan de vie – quand le passé nous rattrape*. Montréal : Fides.
- \_\_\_\_\_. 2001. *L'humain en devenir – une approche profane de la spiritualité*. Montréal : Fides.
- Hocart, Arthur Maurice. 2005. *Au commencement était le rite*. Paris : La Découverte.
- Houziaux, Alain. 2002. *Le renouveau religieux : de la quête de soi au fanatisme*. Paris : Éditions In Press.
- Hubert, Olivier. 2000. *Sur la terre comme au ciel: la gestion des rites par l'Église catholique du Québec (fin XVIIème-mi-XIXème siècle)*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Isambert, François. 1979. *Rite et efficacité symbolique*. Paris : Les Éditions du Cerf.
- Jeffrey, Denis. 1998. *Jouissance du sacré – religion et postmodernité*. Paris : Armand Colin.
- Kelen, Jacqueline. 2005. *Divine blessure*. Paris : Albin Michel.

- Kübler-Ross, Elisabeth. 1981. *La mort – dernière étape de la croissance*. Montréal : Éditions Québec/Amérique.
- Labbé, Yves. 1997. *Le nœud symbolique*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Lacasse, J. 1991. *Introduction à la méthodologie utilisée en sciences humaines*. Montréal : Éditions Études Vivantes.
- L'Écuyer, René. 1988. « De la recherche qualitative » dans *Les Méthodes de la recherche qualitative*, sous la direction de Jean-Pierre Dagenais, Presses de l'Université du Québec Ste Foy.
- Lamarche, Denise. 1996. *Les sept sacrements. Guide de réflexion et d'animation*. Montréal : Fides.
- Lapointe, Guy. 1978. *Célébrer là où vivent les hommes*. Montréal : Fides.
- \_\_\_\_\_. 1991. *La pastorale en milieu de santé : une question de crédibilité*. Québec : Éditions Fides.
- \_\_\_\_\_. 1994. *Société, culture et religion à Montréal : XIXe-XXe siècle*. Montréal : VLB éditeur.
- \_\_\_\_\_. 1995. *Célébrez les sacrements – donner corps à l'histoire*. Études canadiennes en liturgie, n° 7. Montréal : Office national de la liturgie.
- \_\_\_\_\_. 2000. *L'action pastorale à l'heure du virage ambulatoire*. Montréal : Fides.
- Larouche, Jean-Marc et Ménard, Guy. 2001. *L'étude de la religion au Québec – bilan et prospective*. Les Presses de l'Université Laval.
- Leblanc, Elizabeth. 1997. *La puissance symbolique dans nos vies*. Paris : Éditions Bernet-Danilo.
- Le Guay, Damien. 2003. *Qu'avons-nous perdu en perdant la mort?* Paris : Les Éditions du Cerf.
- Lewis, Ioan. 1977. *Symbols and sentiments – cross-cultural studies in symbolism*. London: Academic Press.
- Maisonnette, J. 1988. *Les rituels*. Paris : Presses universitaires de France.

- Martos, Joseph. 1982. *Doors to the sacred : a historical introduction to sacraments in the Catholic church*. New York : Doubleday & Company.
- Matray, Bernard. 2004. *La présence et le respect – éthique du soin et de l'accompagnement*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Mayer, Robert, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques, Daniel Turcotte et collaborateurs. 2000. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Mohen, Jean-Pierre. 1995. *Les rites de l'au-delà*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Nadeau, Marie-Thérèse. 1991. *Les sacrements: approche théologique pour aujourd'hui*. Sainte Foy, Québec: Éditions Anne Sigier.
- Ortemann, Claude. 1971. *Le sacrement des malades : histoire et signification*. Lyon : Éditions du Chalet.
- Ouellet, Bertrand, Luc Phaneuf et Rolande Parrot. 1995. *Faire face à la crise spirituelle*. Montréal : Éditions Fides.
- Pelletier, Pierre. 1996. *Les thérapies transpersonnelles*. Montréal, Fides.
- Pignal-Jacquard, Daniel. 2003. *Prier et célébrer avec les malades*. Paris : Éditions de l'atelier.
- Pineau, Gaston. 1998. *Accompagnements et histoire de vie*. Paris : l'Harmattan.
- Pouchelle, Marie-Christine. 2003. *L'hôpital corps et âme – essais d'anthropologie hospitalière*. Paris : Édition Seli Arslan.
- Prieur, Jean. 1986. *La mort dans l'antiquité romaine*. France : Éditions Ouest.
- Quivy, Raymond et Luc Van Campenhoudt. 1995. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Raffin, Françoise. 2004. *Le symbole et son interprétation*. Paris : Éditions Delagrave.
- Rahner, Karl. 1963. *Écrits théologiques*. Tome III. Paris : Desclée de Brouwer.
- Rébillard, Éric. 1994. *In hora mortis – évolution de la pastorale chrétienne de la mort aux IVe et Ve siècles dans l'occident latin*. Rome : École française de Rome.

- Richard, Marie-Sylvie. 2003. *Soigner la relation en fin de vie*. Paris : Dunod.
- Rondet, Henri. 1972. *La vie sacramentaire*. Lyon : Fayard.
- Rosier-Catach, Irène. 2004. *La parole efficace – signe, rituel, sacré*. Paris : Éditions du Seuil.
- Rousseau, Louis. 1994. « Le va-et-vient entre le centre et la marge : trois siècles et demi de catholicisme franco-montréalais » dans *Société, culture et religion à Montréal : XIXe-XXe siècle*, sous la direction de Guy Lapointe, Montréal : VLB éditeur.
- Schillebeeckx, Edward. 2004. *L'économie sacramentelle du salut*. Fribourg : Academic Press.
- Scouarnec, Michel. 1998. *Les symboles chrétiens: les sacrements ne sont pas étranges*. Paris: Les Éditions Ouvrières.
- Segalen, Martine. 1998. *Rites et rituels contemporains*. Paris : Éditions Nathan.
- Segré, Monique. 1997. *Mythes, rites, symboles dans la société contemporaine*. Paris : L'Harmattan.
- Singh, Kathleen D. 1998. *The grace in dying*. San Francisco : Harper.
- Spineto, Natale. 2002. *Les symboles dans l'histoire de l'humanité*. Rodez : Éditions du Rouergue.
- Sutto, Claude. 1979. *Le sentiment de la mort au Moyen Age*. Québec : Éditions L'Aurore.
- Tarot, Camille. 1999. *De Durkheim à Mauss, l'invention du symbolique*. Paris : La Découverte.
- Testa, Emmanuel. 1967. *L'huile de la foi*. Imprimerie des pères franciscains de Jérusalem.
- Thibault, Odette. 1987. *La mort hospitalière – entre l'abandon et l'euthanasie : un nouveau type de soins*. Lyon : Chronique sociale.
- Thomas, L.V. 1988. *La mort*. Coll. Que sais-je? n° 236, Paris : PUF.

- Tremblay, Paul. 1993. « La pratique de l'Onction des malades » dans *De l'aumônerie d'hôpital au service de pastorale*, sous la dir. de Robert Giguère, p.219-226. Montréal : Gaëtan Morin, éditeur.
- Van Gennepe, Arnold. 1909. *Les rites de passage*. Paris : Éditions Picard.
- Varone, François. 1986. *Ce Dieu absent qui fait problème*. Paris : Éditions du Cerf
- Vasse, Denis. 1983. *Le poids du réel, la souffrance*. Paris : Éditions du Seuil.
- \_\_\_\_\_. 1991. *L'autre du désir et le dieu de la foi*. Paris : Éditions du Seuil.
- \_\_\_\_\_. 1997. *Le temps du désir – essai sur le corps et la parole*. Paris : Éditions du Seuil.
- Walter, Philippe. 1992. *Mythologie chrétienne: rites et mythes du Moyen-Âge*. Paris: Éditions Entente.
- Ziegler, Jean. 1975. *Les vivants et la mort*. Paris : Éditions du Seuil.
- Périodiques**
- Béraudy, Roger. 1974. « Le sacrement des malades – étude historique et théologique ». *Nouvelle revue théologique*, vol. 96, p. 600-634.
- Bergeron, Richard. 1999. « Pour une spiritualité du troisième millénaire ». *Religiologiques*, n° 20, (automne), p. 231-246.
- \_\_\_\_\_. 2001. « L'être humain est un être spirituel ». *Revue Notre-Dame*, (décembre), p. 16-28
- Blais, Roland. 1989. « La pastorale en milieu hospitalier : l'aumônier dans l'équipe multidisciplinaire ». *Église canadienne*, vol. 22, n° 12, p. 367-372.
- Bourdieu, Pierre. Juin 1982, « Les rites comme actes d'institution ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 43, p. 58-63.
- Boureux, Christophe. 2006. « L'efficacité sacramentelle ou la symbiose du fait et du sens ». *Lumière et Vie*, n° 270, (avril-juin), p. 27-66.
- Champagne, Elaine. 2005. « Le corps comme expression de l'expérience en soins palliatifs ». *Science Pastorale*, vol. 24, n° 1, p.141-155

- Charest, Michelle. 1995. « Face à la souffrance, une pastorale de l'estime de soi ». *Frontières*, vol. 8, n° 2, p. 47-49.
- Chavasse, André. 1940. « Étude sur l'onction des infirmes dans l'Église latine ». *Revue des sciences religieuses*, vol. 20, p. 64-122 et p. 290-364.
- Couturier, Fernand. 1989. « Intervenir ou accompagner? » *Frontières*, vol. 1, n° 3, (hiver), p. 3-5.
- Dagenais, Robert. 1987. « L'accompagnement des mourants ». *Communauté chrétienne*, n° 152, p. 131-136.
- \_\_\_\_\_. 1991. « Pourquoi des stratégies pastorales dans le monde de la santé? ». *Cahiers d'études pastorales*, vol. 9, p. 69-77.
- \_\_\_\_\_. 2000. « Défis de la pastorale de la santé au Québec ». *Sciences pastorales*, n° 19, p. 51-59.
- Dechêne, Geneviève, Dominique Dion et Jean Gratton. 2004. « Où meurent les Québécois ? ». *Le médecin du Québec*, vol. 39, n° 4 (avril), p. 111-121.
- Depoortere, K, L.M. Chauvet et M. Tomka. 1998. « L'évolution récente au sujet de l'onction des malades. *Concilium*, n° 278, p. 113-125.
- Dupont, Marie-Bernard. 2005. « Spiritualité et puissance du corps ». *Revue francophone de psycho-oncologie*, n° 4, p. 249-252.
- Frappier, Paul. 1988. « Au bout du corridor ». *Frontières*, vol. 1, n° 1, (printemps), p. 38-41.
- Frick, Eckhard. 2006. « Peut-on quantifier la spiritualité? Un regard d'outre-Rhin à propos de l'actuelle discussion française sur la place du spirituel en psycho-oncologie ». *Revue francophone de psycho-oncologie*, n° 3, p. 160-164.
- Gagnon, Denis. 2004. « Offrir vos corps ». *Prêtre et Pasteur*, vol. 106 (avril), p. 222-232
- Graber, Anne-Cathy. 2006. « L'onction d'huile pour les malades : signe et sacrement pour un passage? ». *Counselling et spiritualité*, vol. 25, n° 2 p. 85-110.
- Hameline, D. 1972. « La créativité : fortune d'un concept ou concept de fortune? » *La Maison-Dieu*, n° 111, p. 105.



- Hétu, Jean-Luc. 2005. « Deux modèles non invasifs de l'accompagnement pastoral applicables aux personnes âgées ». *Science Pastorale*, vol. 24, n° 2, p. 29-42.
- Jeffrey, Denis. 1994. « Construire l'objet religieux ». *Religiologiques*, n° 9, (printemps), version électronique.
- Kaempf, Bernard. 1989. « Guérir de la mort : réflexions sur le sacrement de l'onction des malades ». *Revue d'histoire et de philosophie religieuse*, vol. 69, n° 4 p. 491-493.
- Lafontaine-Séguin, Andrée. 1992. « Un système hospitalier vivifiant ou mortifère? » *Frontières*, vol. 4, n° 3, (hiver), p. 39-41.
- Lapointe, Guy. 1996. « Les rites : céder en résistant ». *Théologiques*, vol. 4, n° 1, version électronique.
- Larouche, Jean-Marc. 1990. « Religion, éthique et spiritualité dans les soins palliatifs ». *Frontières*, vol. 3, n° 2, (automne), p. 45-47.
- \_\_\_\_\_. 1991. « La mort et le mourir, d'hier à aujourd'hui ». *Religiologiques*, n° 4, version électronique.
- Lemieux, Danny. 1994. « Le missionnaire d'hôpital ». *Présence magazine*, vol. 3, n° 22, p. 27-29.
- Lemieux, Raymond. 1990. « Le catholicisme québécois : une question de culture ». *Sociologie et sociétés*, vol. 22, n° 2, (octobre), version électronique.
- \_\_\_\_\_. 1991. « Retrouver le sens du rituel ». *Frontières*, vol. 4, n° 1, (printemps-été), p. 6-11.
- \_\_\_\_\_. 1991. « De l'Hôtel-Dieu à la clinique : des déplacements pastoraux ». *Cahiers d'études pastorales*, n° 9, p. 13-28.
- \_\_\_\_\_. 1991. « Le modèle clinique en intervention pastorale », dans L'intervention pastorale. Recherches et analyses. *Cahiers d'études pastorales*, n° 8, p. 261-280.
- Lévy, Joseph. 1989. « Mourir à l'hôpital ». *Frontières*, vol. 1, n° 3, (hiver), p. 42-43.
- Lussier, Roger. 1999. « La mort éclatée – analyse postmoderniste des rites funéraires ». *Religiologiques*, n° 19, (printemps), version électronique.

- Mailloux, Claude (1997). « Le désir de l'Autre en counseling pastoral – une lecture de l'anthropologie analytique de Denis Vasse ». *Science Pastorale*, vol. 16, n° 1, pp.181-199.
- Malette, Judith et Irving Spencer. 2003. « Sens personnel, rétrospective de vie et projet de création chez une personne âgée cancéreuse ». *Science Pastorale*, vol. 22, n° 1, p. 47-64.
- Matray, Bernard. 1993. « Besoins spirituels et accompagnement des grands malades ». *Études*, n°s 1-2, (juillet-août), p. 75-82.
- Odier, Cosette. 2003. « Former à l'accompagnement spirituel des malades: plus qu'une question de connaissance ». *Science Pastorale*, vol. 22, n° 1, p. 147-161.
- \_\_\_\_\_. 2004. « Accompagnement spirituel ou faire passer un chameau par le trou d'une aiguille... ». *Frontières*, vol. 17, n° 1, (automne), p. 69-74.
- Paquin, Yvon. 1991. « La crédibilité de l'aumônier ». *Cahiers d'études pastorales*, n° 9, p. 107-113.
- Parrot, Rolande. 1993. « Une association efficace: les animateurs et animatrices de pastorale de la santé ». *Église canadienne*, vol. 26, n° 11, p. 339-342.
- Pelchat, Marc. 1991. « La mission de la pastorale en milieu de santé : originalité, spécificité, contexte ». *Cahiers d'études pastorales*, n° 9, p. 57-67.
- Pleshoyano, Alexandra. 2007. « Deux concepts opératoires. Le « spirituel » et le « religieux » chez William James et Carl Gustav Jung ». *Counseling et Spiritualité*, vol. 26, n° 2, p. 11-34.
- Poirier, Pierre-Alexandre. 2001. « De la mort occultée au renouveau de la mort », *Sociétés*, n° 73 (mars), p. 51-58.
- Potvin, Magella . 2000. « Maladies et counseling pastoral ». *Science Pastorale*, vol. 19, n° 1, p. 7-32.
- Santerre, Renaud. « Mourir au Québec hier et aujourd'hui. » *Frontières*, vol. 1, n° 1, (printemps), p. 12-16.
- Saunders, C. 1988. « Spiritual pain ». *Journal of palliative care*, vol. 4, n° 3, p. 30.

Savard, Denis. 1992. « Et si la mort avait quelque chose à dire » *Religiologiques*, n° 6, (automne), version électronique.

Villeneuve, Paule-Renée. 2000. « L'intervention pastorale en milieu de santé : une pratique professionnelle ». *Présence magazine*, vol. 9, n° 66, p 10-11.

Zittoun, Robert. 2005. « Comment répondre aux attentes des malades atteints de cancer en matière de croyances et de spiritualité? » *Revue francophone de psycho-oncologie*, n° 4, p. 296-298.

### **Journaux**

Bouchard, Nicole. 2003. « Que sont les rites devenus? – l'ambulancier à la rose ». *Le Devoir* (Montréal), 30 août 2003.

Collard, Nathalie. 2004. « Les Québécois croient toujours en Dieu... » *La Presse* (Montréal), 18 décembre, p. A35.

Routhier, Gilles. 2003. « Que sont les rites devenus? La relation blessée entre une Église et son peuple ». *Le Devoir* (Montréal), 9-10 août 2003.

### **Dictionnaires**

Cabrol, Fernand R.P. Dom. 1907-1953. *Dictionnaire d'archéologie chrétienne et de liturgie*. Paris : Letouzey & Ané.

De Fiores, Stefano et Tullo Goffi (dir. publ.). 2001. *Dictionnaire de la vie spirituelle*. Paris : Éditions du Cerf.

Encyclopaedia universalis (ressource électronique) : Encyclopaedia universalis France, S.A., 2002.

Larousse. 1982. *Grand dictionnaire encyclopédique*. Tome 3, p. 2752.

Le petit Robert. 2006.

Leclercq, H. et collaborateurs. 1907-1953. L'extrême-onction dans le *Dictionnaire d'archéologie chrétienne et de liturgie*. Paris : Éditions Letouzey & Ané.

Lenoir, Frédéric et Ysé Tardan-Masquelier (dir. publ.) 1997. *Encyclopédie des religions*. Paris : Éditions Bayard.

- Lenoir, Frédéric et Jean-Philippe de Tonnac. 2004. L'extrême-onction médicale dans *La mort et l'immortalité - Encyclopédie des savoirs et des croyances*. Paris : Bayard. p. 1131-1153.
- Martini, Carlo M. 1999. *Petit dictionnaire de spiritualité*. Saint-Maurice, Suisse : Éditions St. Augustin.
- Poupard, Paul (dir. publ.). 1984. *Dictionnaire des religions*. Paris : Presses universitaires de France.
- Rousseau, Louis et Remiggi, Frank W. 1998. *Atlas historique des pratiques religieuses – Le Sud-Ouest du Québec au XIXe siècle*. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Royston-Pike, E. 1954. *Dictionnaire des religions*. Paris : Presses universitaires de France.
- Sartore, Domenico et Achille M. Triacca (dir. publ.). 1992. Onction des malades dans *Dictionnaire encyclopédique de la liturgie* Tome 2, Montréal : Sciences et culture. p. 108-116.
- Thiollier, Marguerite-Marie. 1982. *Dictionnaire des religions*. Vervier : Nouvelles éditions Marabout.
- Actes de colloque**
- Beauregard, André. 2000. *Affirmation de l'identité personnelle au détriment du communautaire* », dans Bernard Kaempf: : *Actes du congrès : Rites et ritualités de théologie pratique de Strasbourg*.
- Desgroseilliers, François, (dir.) 1998. *Pertinence de l'animation pastorale pour se refaire une santé spirituelle : Actes du colloque Forum 97 : Pertinence sociale de l'animation pastorale*. Revue de l'Association québécoise de la pastorale de la santé.
- Conférences**
- Lemieux, Raymond. 2000. *Misère de la religion, grandeur du spirituel. Congrès Évènement 2000 : Le bilan de santé du spirituel et du religieux*. Montréal.
- \_\_\_\_\_. 2002. *Les croyances des Québécois*. Conférence prononcée au Centre St-Charles de Sherbrooke le 15 octobre 2002 et dans le cadre des Grandes Conférences de l'Université Laval.

### **Thèses**

- Audy, Daniel. 1999. « L'accompagnement pastoral en milieu hospitalier ». Maîtrise Ès Arts (théologie). Université de Sherbrooke.
- Cauchon, Lise. 1986. « Mourir à l'hôpital : l'ordre des choses – étude de l'organisation sociale de la mort ». Mémoire de Maîtrise en sociologie, Université du Québec à Montréal.
- Cormier, Stella. 1999. « Extending the sacramental role of anointing of the sick to the lay person ». Master of theological studies. St. Stephen's College. Edmonton.
- Rougeron, Claude. 2000. « La dimension spirituelle de l'accompagnement des patients en fin de vie ». Thèse Université René Descartes Paris.
- Seguin, Michel. 1973. « L'efficacité réelle des sacrements ». Licence en théologie, Université de Montréal.
- Tougas, Denis. 1989. « Mourir à l'hôpital : une interprétation anthropologique des gestes et attitudes du personnel soignant ». Maîtrise en anthropologie, Université de Montréal.

### **Documents-outils**

*Livre blanc sur la pastorale : service de pastorale professionnelle, rôle et importance dans les soins de santé.* 2004. Site Internet de l'Association des intervenantes et des intervenants en soins spirituels du Québec. 20 pages

*Programme d'accompagnement spirituel et religieux pour les personnes hospitalisées en chirurgie et en médecine, ainsi que pour leurs proches.* 2006. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. 36 pages

### **Revues tri-annuelles**

*Ton ami* : bulletin de l'Association des animateurs et animatrices de la pastorale de la santé du Québec, novembre 1994 à février 2001.

*Revue de l'Association québécoise de la Pastorale de la santé*, février 2003 à novembre 2004.

*Revue de l'Association des intervenantes et intervenants en soins spirituels du Québec*, novembre 2005 à février 2007.

### **Publications gouvernementales et religieuses**

Association des intervenants et intervenants en soins spirituels. 2001. *Projet 2001*. Statistiques sur les services de pastorale sur le site de l'Association. Sur Internet : <http://www.aiissq.net/francais/>.

Conférence des évêques catholiques du Canada. 2005. *Compendium du catéchisme de l'Église catholique*. Ottawa : Éditions de la CECC.

Conseil des affaires sociales. 1991. « *Admettre la mort, l'affronter avec sagesse* » Avis du Conseil des affaires sociales, Sillery (Québec) avril, p. 5.

Conseil pontifical de la culture, Conseil pontifical pour le dialogue interreligieux. *Jésus-Christ, le porteur d'eau vive : une réflexion chrétienne sur le "nouvel âge"*. Paris : Bayard ; Fleurus-Mame ; Cerf, 2003.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2001. *Cadre de référence pour l'organisation de la pastorale en établissements de santé et de services sociaux*, sur le site de l'AISSQ, <http://www.aiissq.net/francais/>

Réseau Culture et Foi : <http://www.culture-et-foi.com/index.html>.

Vatican, 1963. Sacrosanctum concilium, Constitution sur la sainte liturgie. Internet : [http://www.vatican.va/archive/hist\\_councils/ii\\_vatican\\_council/documents/vat-ii\\_const\\_19631204\\_sacrosanctum-concilium\\_fr.html](http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19631204_sacrosanctum-concilium_fr.html).

Vatican, 1997. *Sur quelques questions concernant la collaboration des fidèles laïcs au ministère des prêtres*. [http://www.vatican.va/roman\\_curia/pontifical\\_councils/laity/documents/rc\\_con\\_interdic\\_doc\\_15081997\\_fr.html](http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/laity/documents/rc_con_interdic_doc_15081997_fr.html).